



Univerzita Karlova v Praze  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

**Ivana Tkačiková**

**Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s dg.  
Akútna pankreatitída**

*Nursing care of patient with diagnosis Acute  
Pancreatitis*

*Prípadová štúdia  
Bakalárska práca*

Praha, červen 2010

Autor práce: Ivana Tkačiková

Studijní program: Ošetrovateľstvo

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovateľství

Odborný konzultant: MUDr. Ladislav Denemark

Pracoviště odborného konzultanta: FNKV Praha, Chirurgická klinika

Datum a rok obhajoby: červen 2010

## **Prehlásenie**

Prehlasujem že túto prácu som spracovala samostatne a použila iba pramene a literatúru uvedenú na konci práce. Súčasne dávam povolenie k tomu, aby bola táto bakalárska práca využívaná k študijným účelom.

V Prahe 6.6. 2010

Ivana Tkačiková

## **Pod'akovanie**

Rada by som touto cestou poďakovala vedúcej mojej bakalárskej práce Mgr. Renate Vytejčkovej a odbornému konzultantovi MUDr. Ladislavovi Denemarkovi za ochotu a cenné rady.

## OBSAH

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>2.KLINICKÁ ČASŤ.....</b>	<b>8</b>
2.1.ANATÓMIA A FYZIOLÓGIA.....	8
2.1.1Anatómia pankreasu.....	8
2.1.2 Fyziológia pankreasu.....	12
2.2.Akútna pankreatitída.....	14
2.2.1. Delenie akútnej pankreatitídy.....	14
2.2.2. Etiológia.....	15
2.2.3. Patogenézia.....	16
2.2.4. Klinický obraz.....	17
2.2.5 Diagnostika.....	20
2.2.6.Liečba.....	22
2.2.7.Komplikácie.....	27
2.2.8.Prognóza.....	29
2.3. ZÁKLADNE ÚDAJE O PACIENTOVI.....	31
2.3.1. Osobné údaje.....	31
2.3.2.Lekárska anamnéza a diagnóza.....	31
2.2.3. Vyšetrenia.....	32
2.3.4. Priebeh hospitalizácie.....	33
<b>3. OŠETROVATELSKÁ ČASŤ.....</b>	<b>37</b>
3.1.ÚVOD.....	37
3.2.OŠETROVATELSKÝ PROCES (OP).....	37
3.2.1. Význam ošetrovateľského procesu.....	37
3.2.2. Fázy ošetrovateľského procesu.....	38
3.3.MODEL FUNGUJÚCEHO ZDRAVIA PODĽA MAJORY GORDONOVEJ.....	40
3.4.OŠETROVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	41
3.5.MONITOROVANIE FYZIOLOGICKÝCH FUNKCIÍ.....	48
3.6.STANOVENÉ OŠETROVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	49
3.6.1.Aktuálne ošetrovateľské diagnózy.....	49
3.6.2.Potencionálne ošetrovateľské diagnózy.....	54
3.7.DLHODOBÝ PLÁN OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI.....	58
3.8. PSYCHOLOGICKÉ ZHODNOTENIE PACIENTA.....	62
3.8.1. Úvod.....	62

3.8.2. <i>Prežívanie choroby</i> .....	63
3.8.3. <i>Postoj k chorobe</i> .....	63
3.8.4. <i>Reakcia na pobyt v nemocnici</i> .....	63
3.8.5. <i>Zhodnotenie komunikácie</i> .....	64
3.8.6. <i>Zvládnutie stresu</i> .....	64
3.8.7. <i>Obranné mechanizmy</i> .....	64
3.8.8. <i>Motivácia k liečbe</i> .....	65
3.9. SOCIÁLNA PROBLEMATIKA.....	65
3.10. EDUKÁCIA.....	65
3.10.1. <i>Úvod</i> .....	65
3.10.2. <i>Edukácia pacienta o režime na oddelení</i> .....	67
3.10.3. <i>Edukácia pacienta pred a po vyšetrení ERCP</i> .....	67
3.10.4. <i>Diéta pri ochorení pankreasu</i> .....	68
3.11. PROGNOZA.....	69
<b>4.ZÁVER</b> .....	<b>70</b>
<b>ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY</b> .....	<b>71</b>
<b>ZOZNAM SKRATIEK</b> .....	<b>72</b>
<b>ZOZNAM TABULIEK</b> .....	<b>74</b>
<b>ZOZNAM PRÍLOH</b> .....	<b>75</b>

# 1. Úvod

Cieľom mojej bakalárskej práce je komplexné spracovanie ošetrovateľskej starostlivosti o pacientku s diagnózou akútnej pankreatitídy.

V klinickej časti sa venujem anatómii a fyziológii pankreasu. Následne som sa zaoberala samotným ochorením akútnej pankreatitídy, ktoré pozostáva z rozdelenia ochorenia, etiológie, klinického obrazu, diagnostiky, možností konzervatívnej a chirurgickej liečby, komplikáciám a prognózy ochorenia.

V ďalšej časti uvádzam základné údaje o pacientovi, jeho anamnézu, diagnostické vyšetrenia a priebeh hospitalizácie.

Ošetrovateľská časť je spracovaná podľa modelu ošetrovateľskej starostlivosti Majory Gordonovej. Postupovala som formou ošetrovateľského procesu. Ošetrovateľskú anamnézu som vypracovala 3. deň hospitalizácie pacientky. V ten istý deň som si stanovila aktuálne a potencionálne diagnózy. Na podklade stanovených diagnóz som zostavila plán ošetrovateľskej starostlivosti na 24 hodín. Realizovala som ho a vyhodnotila nasledujúci deň. Ďalšia časť je tvorená psychologickou a sociálnou stránkou pacientky. V závere práce sa venujem edukácii a prognóze ochorenia.

## 2. Klinická časť

### *Anatómia a fyziológia*

#### 2.1.1 **Anatómia pankreasu**

Pankreas (slinivka brušná) je laločnatá žľaza sivo-ružovej až žltej farby. Dĺžka tejto žľazy je 12-16 cm, jej šírka sa pohybuje okolo 2-3 cm a je vysoká 2-3 cm. Váži 60-90 gramov. Leží v retroperitoneu, na zadnej stene brušnej dutiny za žalúdkom a ide naprieč od duodena až k slezine. Pankreas rozdeľujeme na hlavu - caput pancreatis, telo pankreasu - corpus pancreatis a chvost - cauda pancreatis. (2, s. 49)

**Hlava pankreasu** je objemná, uložená v konkávnom ohybe duodena pred telom druhého lumbálneho stavca a s duodenom je pevne zrastená. Hlavu pankreasu kríži vpredu úpon mesocolon transversum. Nad úponom nalieha na pankreas pylorická časť žalúdku, pod úponom ležia kľučky tenkého čreva. Za hlavou pankreasu vzniká vena portae sútokom vena splenica a vena mesenterica superior. V parenchýme hlavy pankreasu je čiastočne zanorený ductus choledochus. Hlava slinivky je od vena cava inferior a od aorta abdominalis oddelený tenkou väzivovou blanou nazývanou Treitzovou (pankreatickou) membránou. (6, s. 102)

**Telo pankreasu** nadväzuje na hlavu pankreasu, je však užšie. Prebieha naprieč brušnou dutinou, kríži brušnú aortu a smeruje až k ľavej obličke. V mieste kde sa stretáva pankreas s brušnou aortou je vykľutenie - tuber omental, ktoré nalieha na zadnú stranu žalúdku. Zadná plocha tela slinivky je obrátená k zadnej stene trupu a riedkym väzivom sa pripojuje k brušnej aorte, k plexus coeliacus, k vasa mesenterica superior, vasa renalis sinister, k nadobličke a k hilu ľavej obličky. Na zadnej ploche taktiež nájdeme vena lienalis a arteria lienalis. Dolná plocha sa dotýka colon transversum, kľučiek jejuna a flexura duodenojejunalis. (6, s. 103)



**Chvost pankreasu** je zúžený výbežok tela pankreasu smerujúci doľava až k slezine. (6, s. 103)

### **Vývoj pankreasu**

Veľké žľazy GITu sa vyvíjajú z endodermálnych pupeňov duodena. Prvá výchlipka duodenálneho endodermu sa objavuje na ventrálnej strane duodena a z nej sa postupne vyvíja pečeň. Ďalšia solídna výchlipka sa nachádza kaudálne od pečenevej výchlipky a rastie smerom do ventrálneho mezenteria. Je základom pre žľezník a ductus cysticus. Pankreas sa následne vytvára spojeným dorzálneho a ventrálneho základu. Dorzálny základ pankreasu sa vytvára z pupeňovitého výrastku, ktorý sa propaguje do dorzálneho mezenteria. Vytvára sa ďalšia endodermálna výchlipka rastúca kaudálne od základu žľezníka. Je ventrálnym základom pankreasu. Tento ventrálny základ sa posúva z dôvodu rýchleho rastu pečenevej výchlipky a javí sa ako výchlipka primitívneho ductus choledochus. Hlavný vývod ventrálneho základu pankreasu sa spája s proximálnym úsekom choledochu. Takto spojený vývod sa otáča okolo duodena dozadu do dorzálneho mezenteria. Dochádza k rotácii čriev, kde základ duodena sa otáča o 90 stupňov doprava. Ventrálny základ pankreasu sa preto presúva doprava. Základy pankreasu sú pôvodne uložené intraperitoneálne, ale v dôsledku rotácie duodena sa pankreas dostáva do retroperitoneálnej oblasti. Obe pankreatické základy zrastú a vytvoria kompletný pankreas. Vývody týchto častí taktiež zrastú a to tak, že vývod ventrálneho základu vstáva zo spodnej strany do vývodu dorzálneho základu pankreasu a vzniká distálny úsek hlavného vývodu pankreasu (ductus pancreaticus Wirsungi). Distálny úsek vývodu dorzálneho základu obvykle zaniká. Pokiaľ však nezanikne, prebieha v kraniálnej časti hlavy pankreasu ako ductus accessorius (Santorini). (12, s. 24)

### **Stavba pankreasu**

Pankreas je zložený z dvoch typov žliaz.

**Exokrinná časť pankreasu** je súčasťou tráviaceho systému, ktorá vylučuje sekrét obsahujúci tráviace enzýmy do duodena. Táto časť slinivky patrí medzi tubuloalveolárne serózne žľazy. Povrch žľazy je obalený tenkou vrstvou väziva, ktoré vstupuje aj do hmoty žľazy a jemnými septami ju rozdeľuje na lalôčky, lobuly. Lalôčky sa skladajú z acinov, ktorých steny tvoria serózne bunky produkujúce až dva litre pankreatickej šťavy denne.

**Endokrinná časť pankreasu** sa radí k systému žliaz s vnútornou sekréciou. Tvorí ho približne jeden milión Langerhansových ostrovčekov (insulae pancreaticae) roztrúsených v exokrinnom tkanive. Výskyt ostrovčekov v pankrease je nerovnomerný. Najviac ich nájdeme v chvoste pankreasu, avšak najmenej v hlave pankreasu. Súbor týchto ostrovčekov vytvára endokrinnú žľazu produkujúcu hlavne hormón inzulín, glukagón, soamostatín, gastrín a iné. (1, s. 116)

### **Vývody pankreasu**

Intralobulárne a interlobulárne vývody sú pokračovaním vsunutých vývodov vychádzajúcich z acinov. Tieto vývody vstupujú kolmo do hlavných vývodov pankreasu.

**Ductus pancreaticus** - hlavný vývod pankreasu, ktorý má priemer 2-3 mm a ide cez celú žľazu od cauda pancreatitis až do caput pancreatitis a tadiaľ do pars descendens duodeni. V hlave pankreasu sa tento vývod obvykle zatáča mierne kaudálne. V mieste kde ductus pancreaticus spoločne so žlčovodom vyúsťuje je papilla duodeni major.

**Ductus pancreaticus accessorius** - je prídavný vývod pankreasu, zberá sekrét iba z hlavy pankreasu a prebieha do pars descendens duodeni nad hlavným vývodom. Svojou vetvou môže anastomózovať s hlavným vývodom. Papilla duodeni minor je miestom vyústenia ductus pancreaticus accessorius. Je uložená kraniálne od papilla duodeni major. V niektorých prípadoch môže tento vývod byť rudimentárny, alebo chýba, alebo je vytvorený ako vedľajšia vetva vychádzajúca z hlavného vývodu. (1, s. 117)

## Cievy a nervy pankreasu

K pankreasu prichádzajú tepny :

1. Z truncus coeliacus cestou a. gastroduodenalis zásobujú pankreas a. pancreaticoduodenalis superior posterior, ktorá ide k zadnej ploche pankreasu a a. pancreaticoduodenalis superior anterior, ktorá ide k prednej ploche pankreasu. Ďalší odstup z truncus coeliacus je a. lienalis. Z nej prichádzajú ďalšie vetvy a označujeme ich názvom rami pancreatici arteriae lienalis. Patrí tu a. pancreatica dorsalis, a. pancreatica inferior, a. pancreatica magna.
2. Z a. mesenterica superior prichádza a. pancreaticoduodenalis inferior anterior a posterior, ktorá sa ďalej vetví na rami pancreatici a zásobuje prednú a zadnú stenu pankreasu.

Krv zo žíl je odvádzaná do vena mesenterica superior, jej prítokov, do vena lienalis a krv z týchto žíl sa zberá do venae portae.

Lymfatické cievy zbierajú lymfu z hlavy pankreasu so nll. hepatici, z tela a chvostu pankreasu do nll. coeliacum a do nll. pancreaticolienalis je zberaná lymfa z hlavy a chvostu pankreasu.

Vlákná parasymptatickej inervácie vychádzajú z n. vagus a k pankreasu sa dostáva v plexus coeliacus. Sympatická inervácia vychádza z ganglií hrudného sympatika, po prepojení v ganglion coeliacum pokračujú s parasymptatickými vláknami n. vagus k hladkej svalovine ciev a vývodom pankreasu. Všetky nervové vlákna pankreasu prechádzajú podĺž tepien. (6, s. 104)

## 2.1.2 Fyziológia pankreasu

Pankreas je orgán ktorý plní funkciu exokrinnú a taktiež endokrinnú.

*Exokrinnú časť* pankreasu je súčasťou tráviaceho systému. Denne vyprodukuje 1-2 litre zásaditej pankreatickej šťavy, ktorej pH sa pohybuje až okolo 8,5. Je tvorená vodou, iónmi  $\text{HCO}_3^-$  a enzýmami :

- Proteázy, ktoré štiepia proteíny. Patria tu enzýmy trypsinogén a chymotrypsinogén, ktoré sú neaktívne. K aktivácii dochádza až v tenkom čreve účinkom enteropeptidázy, ktorá mení trypsinogén na trypsin a chymotrypsinogén na chymotrypsín.
- $\alpha$ -amyláza štiepi škroby a glykogén na oligosacharidy.
- Pankreatická lipáza zabezpečuje štiepenie tukov triacylglycerolov na monoglyceroly a voľné mastné kyseliny.
- Nukleázy, elastázy, fosfolipázy a kolagenázy. Sekrécia pankreasu je riadená nervovo a to podmienenými a nepodmienenými reflexmi alebo humorálne.

Zloženie pankreatickej šťavy je rôzne, závisí hlavne na zložení potravy nachádzajúcej sa v duodene. Ak je v duodene prítomný tuk, vyplaví sa cholecystokinín a ten zvýši sekréciu pankreatickej šťavy bohatú na enzýmy. Žaludok spomalí svoje vyprázdňovanie v dôsledku cholecystokinínu a GIP a tým umožní duodenu postupne rozštiepiť tuky pankreatickou lipázou. Súčasne cholecystokinín pôsobí na posilnenie sekrécie žlče, ktorá emulguje tuky.

Ak sa však do duodena dostane chymus s nízkym obsahom pH, stimuluje sa vydávanie sekretínu a ten spôsobí že pankreas začne secerňovať pankreatickú šťavu s vysokým obsahom vody a  $\text{HCO}_3^-$  a nízkym obsahom enzýmov.

*Endokrinná časť* pankreasu je tvorená Langerhansove ostrovčekmi. Sú tvorené bunkami typu A, ktoré produkujú glukagón, bunkami typu B vyrábajúcimi inzulín a bunkami D v ktorých vzniká soamostatín a gastrín.

Inzulín a glukagón regulujú a udržiavajú fyziologickú hladinu glykémie, ktorá sa pohybuje v rozmedzí 3,5-5,5 mmol/l.

Medzi hlavné funkcie inzulínu patria znižovanie glykémie a zvyšovanie využitia glukózy. Znižovanie glykémie prebieha tromi rôznymi spôsobmi.

1. Zvyšovaním využitia glukózy.
2. Zvýšenou tvorbou glykogénu.
3. Zvýšenou tvorbou tukov z glukózy.

Ďalšie funkcie inzulínu sú znižovanie katabolizmu tukov a bielkovín a pomoc pri transporte  $K^+$  do buniek a tým hladinu kálie v krvi, čo vedie k stabilizácii membrán buniek. Sekrécia inzulínu je riadená jednoduchou spätnou väzbou. Ak sa hladina glukózy v plazme zvýši, zvýši sa aj sekrécia inzulínu. Sekrécia inzulínu taktiež zvyšuje stimulácia n. vagus, gastrin, sekretin, somatotropný hormón. Zvýšená sekrécia inzulínu sa prejaví znížením glykémie - hypoglykémiou.

Glukagón sa tvorí v A bunkách pankreasu. Medzi jeho hlavné funkcie patrí zvyšovanie glykémie. A to jednak zvýšenou glykogenolýzou v pečeni, zvýšenou glukoneogéziou a zvýšenou sekréciou inzulínu.

Pankreatický somatostatín je rovnakého chemického zloženia ako somatostatín produkovaný hypotalamom. Jeho hlavnou úlohou je blokovanie sekrécie inzulínu a glukagónu, spomaľovať motilitu žalúdka, čriev, duodena ale aj žlčníku. Taktiež sa podieľa na znížení sekrécie a resorpcie v tráviacom trakte. Hladinu somatostatínu zvyšuje hyperglykémia, aminoacidémia, zvýšená hladina mastných kyselín a niektoré gastrointestinálne hormóny. (8)

## **2.2. Akútna pankreatitída**

Pankreatitídy sa od roku 1992 klasifikujú podľa konferencie konanej v Atlante. Bola vytvorená koncepcia pomocou ktorej je možné stanoviť pracovnú diagnózu akútnej pankreatitídy v priebehu jedného až dvoch dní. Na tejto konferencii sa presne definovali termíny: akútna pankreatitída, klinický obraz, patologický nález a lokálne komplikácie podľa ktorých je možné každú pankreatitídu zaradiť a presne definovať. (4, s. 53)

### ***Akútna pankreatitída***

Je akútne zápalové ochorenie pankreasu s rôznym stupňom poškodenia okolitých tkanív alebo vzdialených orgánov. Je charakterizovaná prudkým začiatkom, silnými bolesťami v hornej časti brušnej dutiny spojené s rôznym nálezom od mierneho napätia brušnej steny až k jej úplnému stiahnutiu. Medzi ďalšie príznaky patrí častá nauzea, zvracanie, teplota, tachykardia, leukocytóza, zvýšená hladina pankreatických enzýmov v sére a/alebo v moči. (4, s. 54)

### **2.2.1. Delenie akútnej pankreatitídy**

***Prudká akútna pankreatitída*** - je spojená so zlyhaním orgánov alebo lokálnymi komplikáciami, ako je nekróza, absces, pseudocysta. Prejavuje sa zvýšeným napätím brušnej steny, distenziou a zástavou čerevnej peristaltiky. Tento typ pankreatitídy sa prejaví veľmi rýchlo hneď na začiatku ochorenia. Pomalý priebeh od miernej až k ťažkej forme sa objavuje iba vzácne.

***Mierna akútna pankreatitída*** - je spojená s minimálnou orgánovou disfunkciou a bezproblémovým priebehom. U tejto formy AP nie sú typické známky prítomné. K okamžitej normalizácii fyzikálneho a laboratórneho obrazu stačí dostatočný prísun tekutín. Zhoršenie stavu v priebehu 48 - 72 hodín po zahájení terapii znamená komplikácie s nutnosťou ďalšieho vyšetrenia. Táto

nekomplikovaná forma postihuje až 75 % pacientov, a je teda najčastejšou formou akútnej pankreatitídy. (4)

### 2.2.2. Etiológia

Akútnu pankreatitídu môže vyvolať množstvo etiologických faktorov so spoločným patogenetickým menovateľom. Dochádza k predčasnej intracelulárnej aktivácii pankreatických proteolytických enzýmov s ich uvoľňovaním do interstícia pankreasu z poškodenej acinárnej bunky. Mechanizmus pôsobenia jednotlivých etiologických faktorov nie je presne objasnený. Prevažne sa uvádzajú 3 hlavné typy AP: biliárna, alkoholická a idiopatická. Medzi ostatné príčiny radíme: traumy, iatrogénne poškodenia pri operáciach a po ERCP.

**Biliárna pankreatitída** patrí ku klasickej AP. Vyvolávajúcou príčinou je zaklínený kameň na Vaterskej papile. Po odstránení vyvolávajúcej príčiny sa pankreas reparuje obvykle úplne, bez reziduálnych histologických zmien.

**Alkoholická pankreatitída** je najčastejšie príčinou chronickej pankreatitídy. Histologické zmeny v pankrease po dlhodobom užívaní alkoholu sú ireverzibilné. Denný príjem alkoholu, ktorý sa pohybuje okolo 60 g po dobu viac ako 10 rokov navodí alkoholickú pankreatitídu. Pri tomto type pankreatitídy nie je jednoznačne preukázané či ide o AP od začiatku, alebo o exacerbáciu chronickej pankreatitídy, vzniknutej po rokoch trvajúcej konzumácie alkoholu.

Medzi **idiopatické AP** zaradzujeme prípady, kde sa vyvolávajúcu príčinu nepodarilo nájsť. Tieto prípady tvoria 20-30 % všetkých pacientov s AP.

**Pooperačná pankreatitída** je závažnou komplikáciou biliopankreatických, žalúdočných, kardiálnych operácií a transplantácií. Je charakterizovaná abdominálnou bolesťou v pooperačnom období, svalovým napätím, pretrvávajúcim paralytickým ileom a skaleným obsahom drénov. Diagnostika je obtiažna, pretože mnohé príznaky môžu prebiehať skryto. Etiológia nie je jasná, predpokladá sa že vzniká následkom mechanickej traumatizácie a

nefyziologickým operovaním pri výkonoch v okolí pankreasu. Imunosupresívna liečba podávaná po transplantáciach môže taktiež vyvolať AP. Jednotlivé etiologické faktory sa kombinujú. Prevenciou vzniku týchto pooperačných pankreatítid je šetrná operačná technika.

**Traumatická pankreatitída** - vzniká mechanickým poškodením žľazy, opuchom a hypoperfúziou, najčastejšie pri úrazoch brucha. Udávajú sa rôzne stupne poškodenia pankreasu:

- ľahká forma - edematózna forma
- stredne ťažká forma - pomliaždenie s hemorágiou a exudátom
- ťažká forma - nekróza

**Introgénna pankreatitída** - Patria tu pankreatitídy po invazívnych endoskopických vyšetreniach, hlavne po ERCP / EPT. Prejavuje sa hyperamylázou. Nie však každé zvýšenie amyláz v krvi je možné hodnotiť jako AP. Často sa stáva že hladina amyláz klesne do 24 hodín na fyziologickú hodnotu.

**Hereditárna pankreatitída** - Je autozomálne dominantné ochorenie. Je charakterizované epizódami AP v detstve, ktorá prechádza do chornickej formy s postupnou nedostatočnosťou exokrinnej a endokrinnej funkcie pankreasu. Príčinou tejto pankreatitídy je defekt na chromozóme a následná mutácia génu. (4)

### **2.2.3. Patogenézia**

Patogenézia AP nie je úplne objasnená. Pre AP je typické, že rôzne etiologické faktory, hlavne alkohol a žlčové kamene vyvolávajú v podstate rovnakú kaskádu patologických dejov, ktoré vyústia v AP. Tieto deje sa delia na včasné a neskoré. V časej fáze dochádza k poškodeniu acinárných buniek. Zásadnú úlohu tu zohráva predčasná aktivácia tráviacich enzýmov, ich zadržiavanie v bunke a neschopnosť vylúčenia z pankreasu. V tejto fáze sa vytvárajú a uvoľňujú zápalové mediátory z acinárných buniek. Vedie to k tvorbe ďalších chemokínov a k zhoršeniu zápalu. Tieto deje vyvolávajú edém a ischémiu pankreasu, ktoré naďalej zhoršuje jeho primárne poškodenie. Včasné



deje, ktoré nastávajú už niekoľko minút od začiatku pôsobenia etiologických faktorov, vyústia v neskorý dej, ktorý môže začať už po niekoľkých hodinách . Zápal sa rozšíri na celú, alebo väčšinu žlazy a jej okolie. Tým sa stimuluje apoptóza a za nepriaznivých podmienok taktiež aj nekróza žľazy. Uvoľnením mediátorov zápalu má aj systémový efekt na vzdialené orgány. Telesná teplota stúpa, vzniká hypovolémia, šokové zmeny na pľúcach a obličkách. Medzi včasnou a neskorou fázou nie je presne určená hranica. K autodigestcii dochádzal chemickým pôsobením pankreatickej šťavy a následnému odumretiu acinov medzi spojivom. Za fyziologických okolností je bazálna pankreatická sekrécia relatívne nízka a dosahuje iba 10-15 % maximálnej sekréčnej kapacity žľazy. K uvoľneniu enzýmov dochádza ihneď po jedle kde sa ich uvoľňuje 20 % a 70 % pankreatického sekrétu. K aktivácii enzýmov enterokinázou dôjde až po kontakte stravy so stenou čreva. Pri AP dochádza k predčasnej aktivácii enzýmov, skôr ako sa strava dostane do tenkého čreva. (4)

#### **2.2.4. Klinický obraz**

Akútnu pankreatitídu radíme medzi zápalové náhle príhody brušné. Medzi subjektívne príznaky AP patrí bolesť, nauzea alebo zvracanie a zástava žalúdočnej alebo črevnej peristaltiky. Objektívne nachádzame palpačnú bolestivosť, napätie svalstva brušnej steny, zvýšenú teplotu, zvýšenie amyláz a lipáz v sére, leukocytózu, markery zápalu (CRP) a zvýšenie aminotransferáz. Ťažkosť klinických príznakov na začiatku ochorenia nemusí odpovedať ťažkosti AP.

##### **Bolesť**

Je základným subjektívnym príznakom. Zvyčajne začína niekoľko hodín po pôsobení základného etiologického faktoru. Bolesť má obvykle náhly začiatok, nikdy však úplne nepredvídateľný z plného zdravia. Intenzita bolesti postupne stúpa a behom 30 až 60 minút dosahuje svoj vrchol. Potom má už bolesť trvalý

charakter a trvá hodiny až dni. Bolesť je lokalizovaná v epigastriu a v okolí pupku, ktorá sa zhoršuje v polohe na chrbte. Až v 50 % vyžaruje pásovito pozdĺž rebrových oblúkov až do chrbta. Úľava nastáva vo fetálnej polohe alebo v sede. Pri biliárnom type AP pacienti lokalizujú bolesť viac vpravo, až k pravému rebrovému oblúku. Intenzita bolesti stúpa po užití jedla alebo alkoholu. V časnej fáze nemusí byť prítomné peritoneálne dráždenie, až voľná tekutina v dutine brušnej (pankreatogénni ascites) vedie k difúznym známkam peritoneálneho dráždenia.

### **Nauzea a zvracanie**

Patria medzi ďalšie základné príznaky AP. V počiatkovej fáze vzniká zvracanie reflexne, neskôr je to v súvislosti s parézou žalúdka a čriev. Tento stav je v dôsledku nastupujúcej toxémie a pokračujúcich zmien vodného hospodárstva (hypovolémia) a minerálneho hospodárstva (hypokalémia). V tejto fáze je nutná adekvátne liečba zavedením žalúdočnej sondy a náhrada minerálnych a objemových strát.

### **Zástava črevnej peristaltiky**

Zástava črevnej peristaltiky a následná distenzia brušnej dutiny je obvyklým príznakom AP. Telo sa snaží zriediť pankreatické enzýmy únikom tekutiny do peritonea a tým zvládnuť autodigestciu, ktorá vedie k vyklenutiu obsahu dutiny brušnej. Túto distenziu brucha môže zhoršovať paralytický ileus a opiatové analgetiká.

### **Teplota**

V časnej fáze sa telesná teplota pohybuje okolo 38 - 38,5 °C a je výrazom celkovej reakcii organizmu na pyrogénne impulzy vychádzajúce zo zapáleného

pankreasu. Vo fáze sepsy dosahuje teplota hodnôt 39 - 40 °C. Niekedy však nemusí byť prítomné zvýšenie teploty.

### **Dušnosť**

Je vyvolaná distenziou brušnej dutiny, ktorá tlačí na bránicu smerom hore. Prítomnosť výpotku v pleurálnej dutine a pľúcne komplikácie (zápal a atelektázy), dušnosť ešte zhoršujú. Postihnutie pľúc vrámci rozvíjajúcej sa SIRS organizmu je obvyklé a môže vyústiť až v ARDS, ktoré vyžaduje UPV. Dušnosť nachádzame pri ťažkých formách AP, pri ľahkých formách AP spravidla dušnosť nenachádzame.

### **Ikterus**

Nepatrí medzi základné príznaky AP. Vzniká pri nepriechodnosti, alebo pri zvýšenom tlaku na d. choledochus a pri choledocholitiáze.

### **Obehové zmeny**

Sú rôzne vyjadrené, v závislosti na stupni AP. Pri ľahkých nekomplikovaných formách sa objavuje tachykardia. U ťažších foriem sa na podklade hyperkinetickej cirkulácie objavuje zvýšenie krvného tlaku, tachykardia a začervenanie pokožky na tvári. V neskoršej fáze sa rozvíjajú známky šoku, ktoré môžu vyústiť až k zlyhaniu obehu ako dôsledok pretrvávajúcej hypovolémie .

Greyovo-Turnerove znamenie sú sivé až žlté ekchymózy na bokoch.

Cullenove znamenie je premodrávanie a ekchymózy okolo pupku.

Obe tieto znamenia sú príznakom krvácanie do peritonea.

Halsteadove znamenie - mramorovité sfarbenie kože.

Foxove znamenie - echymózy pod slabinami. (4)

## 2.2.5 Diagnostika

### Laboratórne vyšetrenia

*Amyláza v sére a moči* - jej hladina sa pri AP začína zvyšovať za 2-12 hodín od začiatku symptómov, svoj vrchol dosahuje za 12-72 hodín a fyziologické hodnoty dosahuje v priebehu 3-5 dní.

Pankreatická lipáza stúpa v priebehu 4-8 hodín od začiatku ochorenia a vrchol dosahuje za 24 hodín. Následne v priebehu 14 dní hladina pomaly klesá, takže v sére zostáva dlhšie ako amyláza. Svoju špecifickosť má hlavne pri diagnostikovaní alcoholickej AP. Sérová amyláza a pankreatická lipáza sú veľmi dôležité pri stanovovaní diagnózy.

*Fosfolipáza A2* sa v počiatočnom štádiu do jednej hodiny uvoľňuje do obehu. Podieľa sa na deštrukcii bunčných membrán a na vzniku orgánových komplikácií.

*Pečeňové testy* - Vyšetruje sa hladina bilirubínu AST, ALT, ALP, GMT v sére, ktoré patrí k základnému vyšetreniu pri podozrení na akútnu pankreatitídu. Hodnoty týchto testov sú nad hornou fyziologickou hranicou. Zvýšená hladina bilirubínu zapríčinená obštrukciou je spôsobená tlakom edematózneho hlavy pankreasu na spoločný žľčovod alebo kameň priamo v žľčovode.

*Glykémia* - hladina glykémie nie je stála, avšak môžeme sa stretnúť s poruchou regulácie glykémie ktorá má trvalý charakter.

Leukocytóza spoločne s lymfopéniou pravidelne nachádzame pri AP. Ukazuje na proces zápalu prebiehajúci v pankrease.

*Kalcium v sére* v ionizovanej podobe zohráva dôležitú úlohu v patogenézi, jeho zvýšená hladina podporuje exocytózu a môže indukovať AP (hyperparathyreóza). V priebehu AP je hladina kalcia znížená.

*C-reaktívni proteín* je proteín syntetizovaný v pečeni v akútnej fáze zápalu u rôznych zápalových ochoreniach. Pri AP stúpa hladina CRP v dôsledku vyplavenia cytokínov a pôsobenia IL-6 na bunky pečene. Najvyššie hodnoty dosahuje o 48-72 hodín po začiatku indukcie. Preto je hladina CRP pri prijatí a najbližších 24

hodín nízka. Hodnota CRP je využívaná k určeniu prognózy a k odlíšeniu ťažkých a ľahkých foriem AP. (4)

### **Zobrazovacie metódy**

*Ultrasonografia* - Toto vyšetrenie by malo byť spravené v priebehu 48 hodín po prijatí pacienta, aby sa potvrdila alebo vylúčila biliárna etiológia AP. Je možné nájsť kamene v žlčníku a spoločnom žľčovode. Väčší význam má USG pri vyšetrení lokálnych komplikácií, hlavne pri diagnostikovaní pseudocýst a abscesov.

*Výpočtová tomografia* - Pomocou CT je možné diagnostikovať ochorenie a jej komplikácie, určiť štádium ochorenia a zistiť prítomnosť a rozsah pankreatického a peripankreatického zápalového procesu. Normálny obraz pankreasu, alebo jeho mierne zväčšenie môžeme nájsť u ľahkej formy AP. U ťažších foriem AP nachádzame nahromadené malé množstvo tekutiny intrapancreaticky a peripankreticky. Nekróza na CT je viditeľná 2. až 5. deň po začiatku ochorenia. Nevýhodou vyšetrenia sú vysoké finančné náklady, jeho dostupnosť a RTG žiarenie. Ak je potrebné preukázať nekrózu pankreasu, aplikuje sa do žily kontrastná látka a vtedy hovoríme o tzv. Dynamickom CT.

### **ERCP**

Jeho hlavným prínosom je diagnostika choledocholitiázy pri akútnej biliárnej pankreatitíde. Jeho význam je diagnostický aj liečebný - odstránenie koncrementu. Nevýhodou tohto vyšetrenia sú komplikácie, medzi ktoré patrí krvácanie, perforácia, infekcia, pankreatitída až smrť.

### **MRCP**

Magneticko - rezonančná cholangiopankreatikografia je neinvazívne vyšetrenie, pri ktorom sa nevyužíva kontrastná látka. Nevýhodou je, že nie je

možné pri ňom vykonať terapeutický výkon. Toto vyšetrenie je vhodné u pacientov v ťažkom stave, alebo pri poruchách zrážanlivosti.

### **Magnetická rezonancia**

Výhodou MR je veľmi dobrá rozlišovacia schopnosť bez pôsobenia RTG žiarenia na pacienta a aplikácie veľkého množstva kontrastnej látky. Umožňuje taktiež lepšie zobrazit' tekuté a solidné súčasti ložísk zápalu a spoľahlivejšie tak určuje možnosť drenáže. (4)

### **2.2.6. Liečba**

Liečba AP je vždy primárne konzervatívna a líši sa podľa klinicko-morfologickej formy, ktoré sa líšia svojim priebehom a terapeutickým prístupom.

#### **Ľahká forma**

Vyskytuje sa u 80-85 % všetkých pacientov, ktorí ochoria na AP. Už od začiatku prebieha liečba bez komplikácií, pacienti sú obehovou stabilní a fáza rekonvalescencie prebieha bez problémov. Liečba je podporná.

#### *Vylúčenie prijímania potravy a tekutín per os*

Sekrécia pankreatických hormónov cholecystokinín a sekretín do duodena je stimulovaná orálnym príjmom potravy a tekutín. Elimináciou orálneho príjmu sa pankreas dostane do kľudového štádia. S príjmom potravy ústami sa začína po odznení bolesti, porúch pasáže, významnom poklese sérových amyláz a neprítomnosti komplikácií.

#### *Udržanie adekvátnej hydratácie*

Pacienti s AP sú výrazne dehydratovaní a vyžadujú doplnenie intravaskulárneho objemu tekutín. Pri ľahkej pankreatitíde stačí použiť kryštaloidy ako sú napríklad fyziologický roztok, Ringerov roztok alebo

Hartmanov roztok. Úlohou kryštaloidných infúzných roztokov je náhrada strát tekutín. Pri ťažkom priebehu pankreatitídy používame koloidné roztoky, ktoré zlepšujú a udržiavajú hemodynamiku a oxygenáciu. Doba účinnosti koloidov sa pohybuje okolo 2-3 hodín a ich podanie výrazne neovplyvňuje homeostázu. Koloidný roztok Dextran znižuje rozsah nekrózy v pankrease.

#### *Odstránenie bolesti*

Pacientom podávame analgetiká, najviac používané sú opiátové deriváty ako napríklad Meperidin, Buprenorphin, Pentazocin, ktoré sú podávané v pravidelných intervaloch. Podávanie morfínu sa nedoporučuje z dôvodu spastického účinku na m. sphincter Oddi.

#### **Ťažká forma AP**

Táto forma priebehu klinicky ťažko už od začiatku a mortalita sa pohybuje od 20-50 %. Pacienti sú obehovo nestabilní a objavujú sa u nich často celkové a lokálne komplikácie. Najzávažnejšou komplikáciou je infekcia nekrózy pankreasu. Pacienti sú hospitalizovaní na JIS alebo na ARO kde sú kompletne monitorované ich životné funkcie, je im vyšetřovaná acidobázická rovnováha a vnútorné prostredie, meraní centrálny žilný tlak a arteriálny krvný tlak. Liečenie trvá rady týždňov .

Konzervatívna liečba ťažkej AP má tri ciele:

1. Zabrániť zlyhávaniu základných vitálnych funkcií a vzdialených systémov (kardiovaskulárny, respiračný, renálny, hepatálny, hemokoagulačný a CNS).
2. Obmedziť rozvoj procesu nekrózy.
3. Zabrániť sekundárnym infekciám pankreatických a peripankreatických nekroz.

### ***Objemová náhrada***

Poruchy objemovej nedostatočnosti a perfúzie tkanív sú natoľko závažné, že môžu vyústiť až v obraz ťažkého šoku končiaceho smrťou. Náhradné roztoky používané k liečbe hypovolémie je možné rozdeliť na dva hlavné typy: elektrolytové roztoky a koloidné roztoky.

- **Elektrolyty**

Podávanie elektrolytov vedie k zvýšeniu cirkulujúceho objemu. Po 30 minútach po podaní elektrolytov zostáva v cievach iba 16 % z celkového podaného objemu. Osmolalita Ringrovho roztoku je takmer rovnaká osmolalite palzmy. Podaním väčšieho množstva tohto roztoku môže dôjsť k zníženiu sérovej osmolality a tým prispieť k rozvoju edému mozgu. Kryštaloidy je možné použiť pri náhrade veľkých strát. Pri ich podaní nedochádza k alergickým reakciám. K udržaniu efektívnej cirkulácie je nutné podať veľké množstvo kryštaloidov z dôvodu ich rýchleho úniku z ciev. Nevýhodou podávania týchto roztokov je vznik edémov.

- **Koloidné roztoky**

Koloidy pretrvávajú v obehu dlhšie ako kryštaloidy. Pri ich aplikácií môže dôjsť k anafylaktickému šoku a kolagulopatiám.

*Dextrany* - znižujú viskozitu séra, majú antiagregačný účinok a zvyšujú fibrinolýzu. Zvyšujú taktiež dobu krvácania.

*Hydroxyetylové škroby (HES)* - sú to polysacharidy ktoré sa svojim zložením podobajú glykogénu. V obehu sa udržia 4-6 hodín. Medzi ich výhody patrí nízky výskyt anafylaktických reakcií a koagulačných komplikácií. Tieto vysokomolekulárne infúzne roztoky zvyšujú APTT a znižujú hladinu faktoru VII. Podanie HES je účinné pri resuscitácií objemových strát pri ťažkej pankreatitíde.

*Ludský albumín* - je polypeptid. Koncentrovaný albumín podávame ak albumín v krvi klesne pod 20 g/l alebo pri zníženej hladine proteínov v krvi pod 40 g/l. Pri poruchách hemokoagulácie podávame zmrazenú plazmu.



### *Hypertonické roztoky*

Spôsobujú iba prechodný vzostup intravaskulárneho objemu. Hypertonický roztok soli zvyšuje frekvenciu srdca, kontraktilitu srdcového svalu a znižujú systémovú vaskulárnu rezistenciu, objem endotelových buniek a erytrocytov. Taktiež zlepšujú prekrvenie kapilárneho riečiska.

### ***Inokonstrikčná a inodilatačná terapia***

Inokonstrikčné a inodilatačné látky zvyšujú perfúziu tkanív a udržiavajú perfúzne gradienty v norme. Aby bola táto terapia úspešná musí byť dostatočná náplň cievneho riečiska. Medzi inokonstrikčné látky radíme adrenalín, noradrenalín a dopamín. K inodilatačným látkam patrí dopexamin, dobutamin a izopreterenol.

### ***Liečba hypoxie***

Pacientom s ťažkou formou AP musí byť intermitentne podávaný zvlhčený kyslík kyslíkovou maskou alebo kyslíkovými okuliarmi 6-8 l/min. Kontinuálne sledujeme saturáciu O<sub>2</sub> a paO<sub>2</sub>.

### ***Tlmenie bolesti***

Je nevyhnutnou súčasťou liečby ťažkej akútnej pankreatitídy. Obvykle je kontinuálne intravenózne podávaní Mesocain alebo Prokain. Ak je táto liečba bolesti nedostatočná používajú sa silnejšie analgetika. Dobré uplatnenie pri silnej bolesti majú opiatove deriváty analgetík (Meperidin, Buprenorphin, Pentazocin, Tramadol). Morfin nepodávame z dôvodu spatického účinku na m. sphincter Oddi. Epidurálny katéter je vhodný pri liečbe, pretože zvyšuje perfúziu čriev a črevnú motilitu.

### ***Úprava krvného obrazu***

Pri krvácaní do retroperitonea dochádza k poklesu erytrocytov a následnej anémii.

### ***Parenterálna a enterálna výživa***

Včasným podávaním enterálnej výživy dochádza k obnoveniu poškodenej slizničnej črevnej bariery. Enterálna výživa je fyziologickejšia, zabraňuje atrofii klkom sliznice čreva, zachováva integritu sliznice, udržuje slizničnú bariéru a redukuje riziko metabolických komplikácií. Enterálnu nutriciu podávame pacientom, u ktorých predpokladáme že nebude môcť najmenej 10 dní prijímať nič per os. Enterálnu výživu podávame kontinuálne. Tým zabránime intolerancii stravy, ktorá sa prejavuje hnačkou, črevnou distenziou, nauzeou, zvracaním, eventuálne zhoršením pankreatitídy. V prvých dňoch ochorenia pri ťažkej forme AP, vzhľadom k celkovému stavu pacienta, volíme parenterálnu výživu podávanú centrálnym žilným katétrom. Enterálna výživa je preferovaná pred parenterálnou výživou, ktorú podávame pri zhoršení celkového stavu a intolerancii enterálnej výživy. (4)

### **Chirurgická liečba**

Lahká edematózna forma AP je liečená výlučne konzervatívne. Operačná liečba AP je kontraindikovaná pri zlyhávaní vzdialených orgánov a pri zhoršení celkového stavu pacienta.

K indikáciám chirurgickej terapie ťažkej AP patrí :

- infekcia pankreasu (infikovaná nekróza, absces, infikovaná pseudocysta)
- Komplikácie AP (akútne intraperitoneálne krvácanie, perforácia časti GITu, ischémia alebo infarkt črevnej steny, obštrukcia GITu)
- Syndróm abdominálnej hypertenzie

Doba vhodná k chirurgickej liečbe je 3-4 týždne po začiatku ochorenia. Základom chirurgickej liečby je odstránenie infikovaného nekrotického ložiska - nekrektómia a následná laváž a drenáž. (4)

### **2.2.7. Komplikácie**

Priebeh akútnej pankreatitídy môže byť doprevádzaný komplikáciami, na riešení ktorých sa podieľa tím zložený z chirurgov, anesteziológov, internistov a ďalších odborníkov. Komplikácie môžeme rozdeliť na urgentné, alebo neskoré.

#### **Urgentné (akútne) chirurgické komplikácie AP**

*Nekróza* - veľká časť pacientov s AP má príznaky prudkého zápalu už od začiatku ochorenia. Nekróza na CT je prítomná až 48-72 hodín po začiatku ochorenia. V edematóznom tkanive pankreasu sú na začiatku ochorenia viditeľné malé hypodenzity, ktoré sa vyvíjajú v nekrózu.

*Infikovaná nekróza* - Infekcia pankreatickej nekrózy je najzávažnejšou komplikáciou akútnej AP. Zdrojom infekcie môže byť akékoľvek infekčné ložisko. Infekcia sa môže šíriť hematogénnou, lymfogénnou cestou, alebo priamo. Jendou z príčin infekcie je bakteriálna translokácia. Za fyziologických okolností dochádza k prestupu baktérií črevnou stenou, ale iba v malom množstve. Prírodnými obrannými mechanizmami sú následne zničené. Patologická bakteriálna translokácia vedie k diseminácii infekcie. Prejavuje sa poruchou pasáže - paralytický ileus s dysmikrobiou, poruchou črevnej bariéry a zlyhávanie imunitného systému. K infekcii dochádza v prvom až druhom týždni ochorenia. Významným rizikovým faktorom je obezita. Sterilnú nekrózu od infikovanej nekrózy odlíšime podľa tekutiny získanej aspiračnou punkciou.

*Pankreatický absces* komplikuje ťažkú pankreatitídu. Častejšie sa vyskytuje pri pankreatitíde traumatickej etiológii. Absces sa vyvíja zo subakútnej pankreatickej nekrózy, alebo nahromadenej tekutiny. Objavujú sa typické undulujúce teploty, leukocytóza, necharakteristická abdominálna bolesť, ale až mesiac po vzniku ochorenia. Absces je dobre diagnostikovaný ultrasonografiou a CT, ktoré zobrazia dobre ohraničenú kolekciu tekutiny. Aspirácia obsahu potvrdí diagnózu.

Krvácanie vzniká z erodovaných kapilár a malých žíl, ktoré neodolali účinku pankreatických proteáz a lipáz. Tieto však nevyžadujú chirurgickú liečbu. Poškodenie tepien vedie k vzniku pseudoaneuryzmatu, ktoré sa zväčšuje a tým rastie nebezpečenstvo ruptúry. Na aneuryzma môže nasadať infekcia z nekrotických tkanív pankreasu.

*Ischémia a infarizácia* črevnej steny sú vážnymi komplikáciami, ktorá môže viesť až k perforácii čreva. Najčastejšie býva postihnuté ischémiou hrubé črevo, hlavne ľavý tračník.

*Perforácia* dutého orgánu GITu je vzácna komplikácia, jej incidencia neprekračuje 1-3 %. Postihnutý býva kolon v súvislosti s jeho umiestnením blízko pankreasu.

*Žilnou trombózou* je postihnutá najčastejšie lineálna žila, ktorá doprevádza chronickú pankreatitídu a vedie k ľavostrannej portálnej hypertenzii s vývojom gastrických varixov a k splenomegálii. Trombózou môže byť taktiež postihnutá portálna žila, horná mezenterická a niekedy aj renálna žila. Liečba je konzervatívna antikoagulanciami a trombolýzou. Ak je táto liečba neúčinná pristupuje sa k balónkovej dilatácii.

*Obštrukcia GIT* je spôsobená šírením zápalu z pankreasu do okolia s útlakom orgánov edémom, alebo vývojom nekrózy a následne fibrózy. Najčastejšie dochádza k obštrukcii ľavého kolona. (4, s. 145)

### **Neskoré (odložené) komplikácie AP**

*Pankreatická píšťal' je vzácna komplikácia vyskytujúca sa v priebehu ťažkej nekrotizujúcej pankreatitídy. Častejšie je pri chronickej pankreatitíde alkoholového pôvodu, po traumách a chirurgických výkonoch na pankrease. Z ruptúry pankreatického vývodu vyteká pankreatická šťava a tá je príčinou pankreatického ascitu. Píšťal' môže zasahovať do peritonea, retroperitoneálne i mimo dutinu brušnú, najčastejšie však do pleurálnej dutiny.*

*Pseudocysta pankreasu je nahromadenie pankreatickej šťavy, ktorej stena je tvorená z granulačných a fibrinóznych tkanív. Vzniká ako následok AP, traumy pankreasu alebo chronickej pankreatitídy. Akútna pseudocysta je následkom akútnej nekrotizujúcej pankreatitídy, zatiaľ čo chronická je výsledkom chronickej pankreatitídy. Obsah pseudocysty je často sterilný a tekutina vo vnútri obsahuje pankreatické enzýmy. (4, s. 150)*

### **2.2.8. Prognóza**

Systemy na hodnotenie prognózy máme dvojaké: multifaktoriálne založené na hodnotení viacerých klinických, biochemických alebo morfológických údajov a unifaktoriálne, kde sa pomocou jedného faktoru dokáže určiť priebeh choroby. Medzi najznámejšie multifaktoriálne systémy patria Ransove skórovacie schéma, Glasgowská kvalifikácia a APACHE II.

#### *Ransove skórovacie schéma*

Je najstaršia a najznámejšia schéma používané k predpovedi priebehu AP. Pri prijatí sa hodnotí vek, množstvo leukocytov, hodnota glykémie, LDH v sére a AST (viď. tabuľka 1). Po 48 hodinách po prijatí hodnotíme hematokrit, vzostup urei, pokles kalcia v sére, pokles pO<sub>2</sub>, base deficit, sekvestrácia tekutín (viď. tabuľka 2). Skóre vyššie ako 3 v priebehu 48 hodín po prijatí upozorňuje obvykle na prudký priebeh apod. Mortalita stúpa s počtom splnených kritérií. (12)

*Tabuľka č.1 – Ransove skórovacie schéma pri prijatí*

Vek	> 55 rokov
Leukocytóza	> 11,0 mmol/l
Glykémia	11,0 mmol/l
LDH v sére	> 350 U/l (5,83 mmol/l)
AST	> 250 U/l (4,16 mmol/l)

*Tabuľka č.2 - Ransove skórovacie schéma po 48 hodinách*

Pokles hematokritu	o viac ako 10 %
Vzostup N urey	o viac ako 5 mg/dcl (2,0 mmol/l)
Kalcémia	< 2 mmol/l
Arteriálny pO <sub>2</sub>	< 60 mm Hg (8 kPa)
Deficit bázy	4 mmol/l
Sekvestrácia tekutín	nad 6000 ml

## **2.3. Základne údaje o pacientovi**

### **2.3.1. Osobné údaje**

Meno	R. A.
Rok narodenia	1965
Pohlavie	ženské
Stav	vydatá
Zamestnanie	krajčírka
Dátum prijatia	5. 12. 2009

### **2.3.2. Lekárska anamnéza a diagnóza**

Dátum prijatia: 5.12.2009 9<sup>35</sup>

- OA: Cholecystolitiáza  
Akútna pankreatitída (iritácia pankreasu v.s. biliárna cholangoitis) (2008)  
Arteriálna hypertenzia I.st. - neuspokojivá kompenzácia (od roku 2002)  
Sklerodermia- t.č. izolovaná kožná forma (od roku 2002)  
Obezita II.st.
- RA: Matka zdravá, otec DM II. typu
- FA: Lorista H tbl. 1-0-0  
HAK
- PA: dámska krajčírka
- SA: žije v manželom a dvomi deťmi s byte
- Abúzus: príležitostná fajčiarka od 18 rokov (2-3 krabičky za mesiac),  
alkohol neguje

Terajšie ochorenie: 5. 12. 2009 bola 44 ročná žena prijatá cestou internej ambulancie pre obštrukčný ikterus. Cca od 19. 11. pobolievanie v pravom podrebrí; od 4. 12. výrazne zhoršenie charakteru koliky, nauzea, zvracanie neguje, zimnicu ani triašku nemala. Stolica dnes (5. 12. ) v noci, moč normálnej farby. Diétnu chybu neguje. Ako vyvolávajúci moment udáva stres - syn recentne operovaný kvôli nádoru bedra. O cholecystitída vie už niekoľko rokov, problémy má iba občas, operácie sa bála. 4. 12. večer bola vyšetrená na pohotovosti so závažnou biliárnou kolikou pri mnohopočetnej cholecystolitiáze. Bola jej ponúknutá hospitalizácia, ktorú z rodinných dôvodov odmietla. V noci 5.12. recidíva bolestí. Váhuvo dlhodobo stabilná, chuť k jedlu dobrá.

Dg. súhrn: Akútna biliárna pankreatitída s obštrukciou  
 Cholecystolitiáza  
 Arteriálna hypertenzia I.stupňa  
 Sklerodermia  
 Obezita II.stupňa

### 2.2.3. Vyšetrenia

Laboratórne vyšetrenia (4.deň hospitalizácie):

*Krvný obraz*

WBC - Leukocyty	10,8 * 10 <sup>9</sup> /l	3,8 - 10 * 10 <sup>9</sup> /l
RBC - Erytrocyty	3,2 * 10 <sup>12</sup> /l	3,8 - 5,2 * 10 <sup>12</sup> /l
Hmt - Hematokrit	0,34	0,35 - 0,45
Hmg - Hemoglobín	110,0 g/l	120 -165 g/l
Plt - Trombocyty	230 * 10 <sup>6</sup> /l	140 – 440 * 10 <sup>6</sup> /l



### Biochemické vyšetrenie

Urea	2,1 mmol/l	2,1 – 6,7 mmol/l
Kreatinín	51,9 µkat/l	44,0-110 µkat/l
Kyselina močová	107,1 µmol/l	160 – 340 µmol/l
CRP	158,0 µkat/l	0-10 µkat/l
ALT	11,13 µkat/l	0,1 – 0,7 µkat/l
AST	10,92 µkat/l	0,1 – 0,6 µkat/l
ALP	9,73 µkat/l	0,1 – 2,2 µkat/l
GMT	13,22 µkat/l	0,25 – 1,77 µkat/l
Bilirubín	33,0 µkat/l	Do 17,0 µkat/l

6. 12. Pod skia kontrolou zavedená NJS flocare do D4. Poloha je správna, je možné zahájiť výživu.

5. 12. Ultrasonografické vyšetrenie brušnej dutiny, kde boli viditeľné mnohočetné cholecystolithiázy a cholelitiázy.

6. 12. ERCP - prevedená biliárna sfinkterotómia, extrakcia sludge a fragmentov liatiázy. Cholecystolithiáza a dilatácia choledochu.

7. 12. RTG vyšetrenie, pre potvrdenie správnej polohy centrálného žilného katétru vo vena subclavia l. sin.

#### 2.3.4. Priebeh hospitalizácie

Pacientka prijatá 5.12. na metabolickú jednotku intenzívnej starostlivosti pre symptómy akúnej biliárnej pankreatitídy. Pri prijíme udávala bolesti v pravom podrebrí bez nauzey a zvracania. Pacientka ako vyvolávajúci moment uvádza stres. Doma užíva lieky na hypertenziu.

Pri prijíme bol zmeraný pacientke krvný tlak 150/90, plus 74/min, frekvencia dychu 29/min a telesná teplota 36,6 °C. Pacientka bola napojená na monitor a boli jej monitorované fyziologické funkcie (EKG, TK, P, D, saturácia O<sub>2</sub>). Bola jej odobraná krv a moč. (výsledky vid'. tabuľka č.1). Periférny žilný

katéter jej bol zavedený do pravej hornej končatiny. Zavedený bol i Folleyov močový katéter pre sledovanie príjmu a výdaja tekutín za 24 hodín. Pacientka nemohla prijímať nič perorálne.

Prvý deň hospitalizácie pacientka podstúpila sonografické vyšetrenie brušnej dutiny, ktoré ukázalo mnohočetné cholecystolithiázy. Počas dňa hladina krvného tlaku bola zvýšená. Na tlmenie bolesti bol pacientke podaný Nolagin 2 mg i.v.

Laboratórne výsledky ukázali zvýšenú hladinu sérovej i pankreatickej amylázy, GMT, CRP, Bilirubínu a leukocytov (viď. tabuľka č. 1, 2).

Druhý deň hospitalizácie bolo prevedené ERCP vyšetrenie a biliárna sfinkterotómia, extrakcia sludge a fragmentov liatiázy a dilatácia choledochu. Pacientka nemala zvýšenú teplotu. Hodnota fyziologických funkcií boli v norme. Stolicu ešte nemala, udáva však odchod plynu. Pacientka nepociťovala dušnosť, počas dňa mala mierne zvýšený TK. Bilancia tekutín bola + 800 ml a centrálny žilný tlak + 8. Pacientka pociťovala bolesti, ktoré v porovnaní z predchádzajúcim dňom neboli tak intenzívne.

Pod skia kontrolou bola zavedená NJS flocare do D4. Poloha bola správna, bolo možné zahájiť výživu. Bol aplikovaný Peptisorb Pack do NJS rýchlosťou 20 ml/h. Pacientka cítila mierny tlak v brušnej dutine.

Periférny žilný katéter musel byť odstránený z dôvodu flebitídy. Do ľavej hornej končatiny jej bol zavedený nový periférny žilný katéter.

Tretí deň hospitalizácie pacientka udávala bolesti, ktoré se po podaní analgetickej liečby zmiernili. PŽK na ľavej končatiny musel byť odstránený, pretože boli viditeľné známky flebitídy a pacientka cítila bolesti pri aplikácii infúznej terapie. Pacientke musel byť zavedený CŽK do vena subclavia sinistra z dôvodu flebitíd. Kontrola polohy bola skontrolovaná RTG vyšetrením. Bola nasadená antibiotická liečba Unasyn 1,5 g v 20 ml F 1/1 podávaná každých 8 hodín.

Pacientka bola počas dňa afebrilná, bilancia tekutín bola - 160 ml, CVP + 7,5. Dva krát počas dňa jej bol podaný Novalgin 2 mg i.v. na bolesť.

Štvrtý deň hospitalizácie bola výživa zaistovaná NJS a rýchlosť bola zvýšená na 30 ml/h. Večer už pacientka mala malé množstvo stolice. Na bolesť jej bol popoludní podaný Novalgin 2 mg i.v. Dalšiu analgetickú liečbu počas dňa už nevyžadovala.

Piaty deň hospitalizácie bol pacientke zrušený kľudový režim v lôžku. S pomocou sestry se umyla. Hodnoty fyziologických funkcií sa pohybovali TK: 125-140 / 75-85, ostatní fyziologické funkcie boli v norme. Bilancia tekutín bola + 100. Pacientka nevyžadovala analgetickú liečbu.

Šiesty deň hospitalizácie – zdravotný stav pacientky sa zlepšuje, dochádza k pomalej úprave črevnej pasáže.

Siedmy deň hospitalizácie pacientka začína prijímať tekutiny po lyžičkách. Maximálne iba 1 liter tekutín (diéta 0S). Enterálna výživa bola navýšená na 75 ml/h.

Ôsmy deň hospitalizácie dochádza k navýšeniu enterálnej výživy na 85 ml/hod. Pacientka stravu toleruje a neobjavila sa u nej nauzea, zvracanie ani hnačka. Vzhľadom k zlepšujúcemu sa zdravotnému stavu bola preložená na štandardné oddelenie gastroenterológie.

Desiaty deň hospitalizácie bola pacientke zmenená diéta na S/PI – prísne pankreatická diéta, ktorú toleruje.

Desiaty deň hospitalizácie pacientka má diétu S/PI ktorú toleruje. Stolicu mala počas dňa dvakrát, normálnej konzistencie. Pacientka se už cíti dobre.

Jedenásty deň hospitalizácie mala pacientka už pankreatickú diétu, ktorú tolerovala. V tento deň bola prepustená do domáceho liečenia. Bola objednaná v chirurgickej ambulancii, kde jej mal byť stanovený dátum operácie žlčníka.

## **Terapia (7. 12. 2009)**

*Infúzie:* Plasmalyte 1000 ml, rýchlosť 100 ml/hod

Ringer 1000 ml + 10 ml 10% MgSO<sub>4</sub>, rýchlosť 75 ml / hod

*Antibiotiká:* Unasyn 1,5 mg v 20ml F 1/1 , 9<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>-21<sup>00</sup>-03<sup>00</sup> / 30 minút

*Lineárny dávkovač :* Helicid 40 mg + F 1/1 20 ml, 0,8 ml/hod

Fraxiparine 1 ml, s.c. 21<sup>00</sup>

*NJS:* Nutrison protein plus 500 ml, rýchlosť 40 ml/hod (nočná pauza 22<sup>00</sup>-07<sup>00</sup>)

*Per os:* zapíť dúškom vody

Agen 10 mg tbl. 0-0-1

Prestarium neo forte tbl. 1-0-0

Prestarium Neo 5 mg tbl. 0-0-1

Tenaxum 1 mg tbl. 1-0-1

Lexaurin 3 mg tbl. 0-0-1

Lacidofil 1-0-1

*Intravenózne :* Novalgin 2 mg v F1/1 100 ml pri bolesti 1-1-1-1

### **3. Ošetrovateľská časť**

#### **3.1. Úvod**

V ošetrovateľskej časti svojej práci som postupovala metódou ošetrovateľského procesu. K zhodnoteniu stavu pacientky a stanoveniu ošetrovateľských diagnóz som použila model fungujúceho zdravia Majory Gordonovej. Plán ošetrovateľskej starostlivosti som zostavila 3. deň hospitalizácie.

#### **3.2. Ošetrovateľský proces (OP)**

Ošetrovateľský proces je základným metodickým rámcom na realizáciu cieľov ošetrovateľstva. Umožňuje systematický a špecifický spôsob individualizovaného prístupu k ošetrovaniu každého pacienta. Je to séria vzájomne prepojených činností, ktoré sú vykonávané v prospech pacienta, prípadne s jeho spoluprácou pri individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti. (11, s. 10)

##### **3.2.1. Význam ošetrovateľského procesu**

- OP je základ pri poskytovaní individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Vedie k zvyšovaniu kvality a efektivity metód a techník ošetrovania pacientov.
- OP umožňuje sestrem omnoho lepšie spoznať pacienta a pochopiť jeho individuálne problémy a trápenia.
- OP zvyšuje profesionálnu právomoc a tvorivosť sestier a prináša im to možnosť seberealizácie.

- S pacientmi, kde je ťažká spolupráca, nám OP pomáha lepšie pochopiť príčiny ich chovania a nájsť vhodný spôsob ako k nim pristupovať. (10, s. 8)

### **3.2.2. Fázy ošetrovateľského procesu**

Ošetrovateľský proces sa skladá z piatich častí.

#### **1. Fáza - Zhodnotenie pacienta**

Pred tým, než sa sestra rozhodne pre najvhodnejší spôsob ošetrovania, by mala získať o svojom pacientovi čo najviac informácií. Zhodnotenie pacienta na základe zhromaždených a vytriedených informácií jej umožňuje rozhodnúť prečo, kedy, ako a kto môže riešiť individuálny problém pacienta. Sestra plánuje ošetrovanie pacienta na základe problémov, ktoré sama u pacienta našla. Zameriava sa na identifikačné údaje, informácie o súčasnom stave, kde zhodnocuje závažnosť stavu a intenzitu jeho problémov. Celkové anamnestické údaje môžu ovplyvniť ošetrovanie pacienta a pomôcť pri poznávaní a pochopení jeho reakcií. Základné okruhy informácií vychádzajú z jednotlivých komponent ošetrovateľských modelov a zo špecifik prílišného klinického oboru. Informácie sestra získava vstupným rozhovorom, ďalšie informácie získava od príbuzných, pozorovaním, vyšetrením pacienta, zo staršej dokumentácie a pomocou hodnotiacich techník a testov. (10, s. 14) (9, s. 12)

#### **2. Fáza - Ošetrovateľská diagnóza**

Pod pojmom ošetrovateľská diagnóza rozumieme identifikáciu potrieb pacienta, ktoré sú chorobou narušené. Ošetrovateľskú diagnózu stanovuje sestra zo starostlivo a systematicky získaných informácií o pacientovi. Diagnóza môže

popisovať súčasné zdravotné problémy, ale taktiež zdravotné problémy, ktoré môžu ešte len nastať, alebo ich môžeme očakávať.

Diagnostický proces je proces analýzy a syntézy získaných údajov. Sestra zhromaždené informácie vyhodnocuje a interpretuje. V ďalšej fáze si stanoví zdravotný problém pacienta. Následne sformuluje samotný problém vrátane príčiny ktorá ho spôsobuje, na podklade ktorého môže stanoviť plán ošetrovateľskej starostlivosti. Stanovené diagnózy zoradí podľa závažnosti stavu a naliehavosti ich riešenia. (10, s. 16) (9, s. 24)

### **3. Fáza - Ošetrovateľský plán**

V ošetrovateľskom pláne, na základe ošetrovateľských diagnóz, stanovíme ciele, spôsoby akým budeme problém pacienta riešiť a poradie akým budeme postupovať. Ošetrovateľský plán má dve časti. V prvej časti si stanovíme cieľ ošetrovateľskej starostlivosti a v druhej časti vytvoríme plán ošetrovateľských činností a navrhujeme vhodné intervencie, ktoré budú viesť k dosiahnutiu stanoveného cieľa. Pri zostavovaní plánu spolupracujeme s pacientom, prípadne s jeho rodinou. Stanovené ciele tvoria základ pre neskoršie hodnotenie výsledku poskytnutej starostlivosti. Cieľ vždy smeruje k pacientovi a jeho potrebám. Musí byť jasný, presný, konkrétny, merateľný a reálny. (10, s. 17) (9, s. 42)

### **4.Fáza - Realizácia ošetrovateľského plánu**

Realizácia ošetrovateľskej starostlivosti je závislá na kvalite ošetrovateľského plánu. Sestra využíva spoluprácu a schopnosti pacienta. V priebehu tejto fázy plní každý člen ošetrovateľského procesu svoje úlohy, ktoré sú dané plánom starostlivosti, ktorý smeruje v prospech pacienta a k zaisteniu jeho pohody. (10, s. 18) (9, s. 53)

## **5. Fáza - Zhodnotenie efektu poskytnutej starostlivosti**

Hodnotenie je nevyhnutné k uzatvoreniu ošetrovateľského procesu. Pomáha zistiť účinnosť, alebo neúčinnosť ošetrovateľskej starostlivosti a to tým, že analyzuje vplyv ošetrovateľských zákrokov na dosiahnutie stanoveného cieľa.

Do hodnotenia ošetrovateľského procesu spadá:

- Zistenie, či bol dosiahnutý stanovený cieľ.
- Meranie efektu poskytnutej starostlivosti.
- Získavanie ďalších informácií o pacientovi a plánovanie následnej starostlivosti, pokiaľ nedošlo k dosiahnutiu cieľa.
- Analýza jednotlivých krokov ošetrovateľského procesu.

(10, s. 57) (9, s. 42)

### **3.3. Model fungujúceho zdravia podľa Majory Gordonovej**

Cieľom ošetrovateľstva je zdravie a zodpovednosť človeka za svoje zdravie a rovnováhu medzi bio-psycho-sociálnymi interakciami. Pacient je vnímaný ako holistická bytosť so svojimi jedinečnými potrebami. Tento model je zodpovedný za interakcie osoba - prostredie. Zdravotný stav jedinca je vyjadreným bio-psycho-sociálnej interakcie. Sestra identifikuje pacientov funkčný, alebo dysfunkčný vzorec zdravia.

Model je vytorený z dvanástich oblastí – dvanásť funkčných vzorcov zdravia. Každý vzorec predstavuje určitú časť zdravia, ktoré môžu byť funkčné alebo dysfunkčné. (7, s. 99)

#### **Vzorcie zdravia Majory Gordonovej :**

1. Vnímanie zdravia – udržiavanie zdravia
2. Výživa a metabolizmus



3. Vylučovanie
  4. Aktivita a cvičenie
  5. Spánok a odpočinok
  6. Vnímanie a poznávanie
  7. Sebapojatie a sebaúcta
  8. Medziľudské vzťahy, plnenie rolí
  9. Sexualita
  10. Stres a záťažové situácie
  11. Viera a životné hodnoty
  12. Iné
- (13, s. 167)

### **3.4. Ošetrovateľská anamnéza**

Ošetrovateľskú anamnézu som odobrala 7.12. 2009 o 7<sup>00</sup> (tj. 3.deň) hospitalizácie na metabolickej jednotke intenzívnej starostlivosti. Tento deň bol náročný pre pacientku v súvislosti s pretrvávajúcimi bolesťami, so zavedeným centrálnym žilným katétrom a nasadená antibiotická liečba. Informácie k vypracovaniu ošetrovateľskej anamnézy som získala rozhovorom s pacientkou, z dokumentácie, od ošetrovateľského personálu a pozorovaním.

Tabuľka č. 5 - Súhrne informácie o pacientke

Meno pacienta	R. A.
Vek	44 rokov
Rodinný stav	vydatá
Povolanie	krajčírka
Dátum prijatia	5. 12. 2009 o 9 <sup>35</sup>
Dôvod prijatia	Bolesti v pravom podrebrí
Diagnóza	Akútna biliárna pankreatitída
Výška	172 cm
Váha	115 kg
BMI	38,9
Alergie	Jód
Výživa	Enterálna
Vylučovanie	Permanentný močový katéter
Riziko pádu	3 body
Barthelov test každodenných činností	55 bodov (závislosť stredného stupňa)
Riziko vzniku dekubitov podľa Nortonovej	25 bodov
Invazívne vstupy	CŽK – zavedený 7. 12. 2009 (1. deň) PMK – zavedený 5. 12. 2009 (3. deň)
Režim	Kľud na lôžku
Monitorácia	TK, P, saturácia – každú hodinu
Rany	Flebitídy po opakovaných kanyláciách

## **1. Vnímanie zdravia- udržiavanie zdravia**

Pacientka sa lieči s arteriálnou hypertenziou I.stupňa. Pred prijatím do nemocnice mala bolesti v pravom podrebrí iba sporadicky. Vedela že sa jedná o žlčníkové kamene, ale nikdy operáciu nepodstúpila z dôvodu strachu z operačného zákroku a taktiež z rodinných dôvodov. Nikdy aktívne nešportovala. Alkohol pije príležitostne, kávu taktiež iba zriedka. Fajčí 2-3 krabicky cigariet mesačne.

Pacientka to už teraz vníma inak. Má strach o svoje zdravie, ktorý je väčší ako strach z operácie. Je odhodlaná podstúpiť operáciu odstránenia kameňov zo žlčníku.

## **2. Výživa a metabolizmus**

Pacientka sa stravovala všestranne. Jedla všetko na čo mala chuť a nedodržiavala žiadnu diétu. Vyhýbala sa jedlám z králika. Snažila sa pravidelne stravovať, minimálne 3-krát denne. Denne vypila 1,5 l tekutín. Mala rada rôzne džúsy a minerálne vody s príchutou. Jej váha je 115 kg a výška 172 cm, BMI je 38,9 – Obezita II.stupňa. Uvedomuje si že jej váha nie je ideálna a chcela by mať o 30 kíl menej. Za posledné obdobie sa jej telesná hmotnosť nezmenila. Stav kože, nechtov a vlasov bol dobrý, sliznice boli ružovej farby.

Pacientka nesmie nič jesť ani piť. Lieky per os zapíja dúškom vody. Má zavedenú nozoejunálnu sondu 3. deň, ktorou je jej kontinuálne podávaný Nutrison Protein Plus 500 ml, rýchlosťou 45 ml/hod s nočnou pauzou od 22<sup>00</sup> do 07<sup>00</sup> ráno. Pacientke je sledovaná glykémia trikrát denne a príjem tekutín za 24 hodín. Stravu toleruje, neobjavili sa komplikácie spojené s podávaním enterálnej výživy. Pacientke bol dnes o 9<sup>00</sup> zavedený trojcestný centrálny žilný katéter do vena subclavia sinistrae. Ným je jej podávaná infúzna terapia Plasmalyte 1000 ml, ktorý bol podávaný rýchlosťou 100 ml/hod, Ringer 1000 ml + 10% MgSo<sub>4</sub> rýchlosťou 75 ml/hod, a Helicid 40 mg v 20 ml F 1/1 rýchlosťou

0,8 ml/hod podávaný lineárnym dávkovačom. Na horných končatinách má flebitídy po predchádzajúcich kanyláciách. Tieto kožné defekty sú denne ošetrované octanovou masťou a kryté obvazom.

Celkový príjem tekutín za 24 hodín bol 2530 ml a výdaj 2690 ml. Pacientka sa dostala do zápornej bilancie – 160 ml .

Podľa Nortonovej škály, ktorá meria riziko vzniku dekubitov pacienta dosiahla výsledok 25 bodov, to znamená že pacientka spadá do rizikovej skupiny.

### **3. Vylučovanie**

Pacientka pred prijatím do nemocnice nemala žiadne problémy s vylučovaním stolice. Stolicu mala pravidelnú, jedenkrát denne normálnej konzistencie, naposledy 4. 12.. Preháňadlá nikdy neužívala. Pri močení nepociťovala žiadne bolesti, ani pálenie. Moč bol čirej farby, bez žiadnych prímiesy. Zvýšené potenie nikdy nepozorovala.

Pacientke má zavedený Folleyov permanentný močový katéter č. 16, ktorý odvádza čiru moč bez prímiesí. Pacientke je meraná bilancia tekutín v pravidelných 6-hodinových intervaloch. Hodnotenie bilancie bolo po 24 hodinách. Príjem tekutín i.v. a NJS bol 2530 ml a výdaj 2690 ml. Pacientka sa dostala do zápornej bilancie – 160 ml (viď. Tabuľka č.3.). Dnes stolicu pacientka nemala. Po dobu hospitalizácie pacientka nepociťovala zvýšene potenie.

### **4. Aktivita a cvičenie**

Pacientka nikdy aktívne nešportovala, má však rada prechádzky v prírode so svojou rodinou. Spolu so svojou kamarátkou vlastní zákazkové krajčírstvo. Táto práca ju baví a naplňa. Pacientka bola sebestačná vo všetkých oblastiach. Medzi jej záľuby patrí čítanie beletrie, pozeranie televízie a vychádzky do prírody.

Pacientka podľa ordinácie lekára mala kľudový režim v lôžku. Ráno sa umyla s pomocou sestry v posteli. Podľa Barthelovho testu základných činností

dosiahla pacientka 55 bodov, čo je závislosť stredného stupňa (viď príloha č.1 ). Pacientka potrebovala dopomôcť pri obliekaní a umývaní. Zvládla si umyť celé telo, potrebovala však pomôcť s ťažko dostupnými miestami ako je chrbát a sedacie partie. Vzhľadom k tomu že pacientka mala kľudový režim v lôžku, nesmela vstávať z postele ani nikam chodiť. Ráno sa cítila lepšie ako predchádzajúci deň, no stále mala bolesti, ktoré jej znižovali sebestačnosť. Pacientka je chodiaca, ale dnes má kľudový režim. Je ohrozená rizikom pádu z dôvodu obmedzeného pohybu, užívaníu antihypertenzívnej liečby a potrebe dopomoci pri vyprázdňovaní.

Počas dňa, v dobe keď nemala bolesti, sa venovala sledovaniu televízie. Často telefonovala so svojou rodinou.

### **5. Spánok a odpočinok**

Pacientka doma nemala problémy so spánkom. Priemerná doba spánku bola 7-9 hodín spánku. Žiadne lieky na spanie neužívala.

V nemocnici má však pacientka problémy so spánkom. Dôvodom, prečo nemôže spať a v noci sa budí sú bolesti a nemocničné prostredie na ktoré nie je zvyknutá. Pri bolestiach bol pacientke podaný Novalgin 5 mg v 100 ml F 1/1 a po 30 minútach po jeho podaní bolesť ustala. Večer bol pacientke podaný Lexaurin, podľa ordinácie lekára na zlepšenie spánku. Popoludnie využila čas na odpočinok. Pacientke je napojená na monitor a je jej kontinuálne monitorovaná srdcová činnosť, pulz, tlak krvi a saturácia každú hodinu.

### **6. Vnímanie, poznávanie**

Pacientka nepoužíva žiadne kompenzačné pomôcky .

Pacientka je pri vedomí, kľudná, orientovaná v čase, priestore i osobe. Príjem a priebeh hospitalizácie si pamätá, neprejavujú sa u nej poruchy krátkodobej ani dlhodobej pamäti. Na moje otázky odpovedá primerane, zrozumiteľne a plynule. Pacientku trápia bolesti v pravom podrebrí a bolesti

chrbtice. Podľa analógovej stupnice bolesti pacientka udáva hodnotu číslo 6. Po podaní Novalgin 5mg i.v. V 100 ml F1/1 , ktoré pacientka dostáva každých 6 hodín sa bolestivosť zníži na hodnotu č. 2-3, čo je pre ňu nesmierna úľava.

## **7. Sebapojatie a sebaúcta**

Pacientka je veselý typ osobnosti. Už pred vznikom ochorenia nebola spokojná s tým ako vyzerá a taktiež so svojou nadváhou. Tvrdí že nikdy to však nebolo tak zlé, aby začala cvičiť, pravidelne a zdravo sa stravovať. Svoje zdravotné problémy a komplikácie ktoré môžu nastať sa snažila nevedomovať si. Pri riešení krízových situácií je jej psychickou podporou rodina. Problémy sa snaží riešiť v klude a bez stresu, čo sa jej nie vždy darí.

Počas hospitalizácie sa nálada pacientky menila a to hlavne podľa toho ako sa cítila. Pri bolestiach bola mrzutá a nemala náladu na rozhovor. Postupným zlepšovaním zdravotného stavu sa zlepšovala i nálada pacientky. Pacientka mala dostatok času zamyslieť sa nad tým čo spôsobilo jej ochorenie. Rozhodla sa podstúpiť operáciu, ktorou jej budú odstránené žľčnikové kamene. Bola zmierená s tým, že zo svojho jedálnička bude musieť vylúčiť niektoré potraviny.

## **8. Plnenie rolí, medziľudské vzťahy**

Pacientka má rodinu, manžela a dve deti, na ktorej jej záleží. Býva v rodinnom dome na okraji Prahy. So svojou kamarátkou má firmu, dámske krajčírstvo, ktorú vykonáva rada. Rodina a jej kamarátka sú jej psychickou oporou.

Počas hospitalizácie mala iba telefonický kontakt s rodinou a kamarátkami, ktoré ju psychicky podporovali, pretože návštevy na oddelenie boli v tú dobu zakázané. Vzhľadom k tomu že pacientka je majiteľkou firmy, všetku prácu za ňu prebrala kamarátka. Po svojom uzdravení plánuje návrat k svojej

pôvodnej práci. Svoju novú rolu pacienta prijímala dobre. Riadila sa doporučeniami lekára a spolupracovala pri liečbe.

### **9. Sexualita**

Pacientka je šťastne vydatá a má dve deti.

Táto otázka vzhľadom k zdravotnému stavu pacientky mi nepripadala vhodná.

### **10. Stres a záťažové situácie**

Pacientka nepije alkohol, fajčí nie príliš často, približne 2-3 krabičky cigariet mesačne. Iné návykové látky neužíva. Ako vyvolávajúcu príčinu ochorenia pacientka udáva stres. Bojí sa o svojho syna, ktorý sa lieči a podstúpil operáciu z dôvodu tumoru bedrového kĺbu.

Dnes pacientka sa cíti dobre, pretože vie že jej syn je po operácii, cíti sa dobre a je doma s otcom. Pacientka však má strach zo zavedenia CŽK, hlavne z bolesti. Lékarom jej bol vysvetlený postup, výhody zavedenia tohto katétru a lokálne znecitlivenie, po ktorom bude pociťovať tlak, nie však bolesť. Po samotnom výkone z pacientky opadol strach. Bola rada že to má už za sebou.

### **11. Viera, presvedčenie, životné hodnoty**

Pacientka je veriaca, ale kostol nenavštevuje.

Verí v skoré uzdravenie a návrat domov k rodine, ktorá je pre ňu prvoradá.

### 3.5. Monitorovanie fyziologických funkcií

Čas	Tlak krvi	Pulz	Saturácia	Výdaj tekutín	Príjem tekutín
7:00	140 / 78	68 /min	98 %		
8:00	151/82	71 /min	97 %		
9:00	154/86	72 /min	98 %		
10:00	127/72	70 /min	98 %		
11:00	134/77	75 /min	97 %		
12:00	146/82	76 /min	99 %		
13:00	130 / 75	71 /min	98 %	610 ml	
14:00	135 / 75	70 /min	99 %		
15:00	133 / 72	68 /min	98 %		
16:00	138 / 78	70 /min	98 %		
17:00	140 / 77	70 /min	97 %		
18:00	145 / 80	73 /min	98 %		
19:00	129 / 70	70 /min	98 %	780 ml	
20:00	125 / 70	68 /min	98 %		
21:00	127 / 72	66 /min	99 %		
22:00	125 / 73	65 /min	97 %		
23:00	122 / 68	67 /min	98 %		
00:00	120 / 65	65 /min	98 %		
1:00	124 / 72	68 /min	99 %	630 ml	
2:00	126 / 73	70 /min	98 %		
3:00	122 / 68	70 /min	97 %		
4:00	128 / 75	70 /min	98 %		
5:00	130 / 76	75 /min	98 %		
6:00	128 /75	73 /min	97 %		
7:00	130 / 77	73 /min	98 %	670 ml	
Spolu				2690 ml	2530 ml



### **3.6. Stanovené ošetrovateľské diagnózy**

Plán ošetrovateľskej starostlivosti som si stanovila na 24 hodín. Tento plán som vyhodnotila 8.12. o 7<sup>00</sup>.

#### ***Aktuálne ošetrovateľské diagnózy stanovené 3.deň hospitalizácie***

1. Akútna bolesť súvisiaca so základným ochorením.
2. Porucha spánku súvisiaca s bolesťou a nemocničným prostredím.
3. Obava v súvislosti so zavedeným CŽK.
4. Porucha sebestačnosti v oblasti hygieny a pohybu súvisiaca s kľudovým režimom.

#### ***Potencionálne ošetrovateľské diagnózy stanovené 3.deň hospitalizácie***

1. Riziko infekcie súvisiace so zavedeným CŽK a PMK.
2. Riziko tromboembolickej choroby súvisiace s kľudovým režimom.
3. Riziko pádu súvisiace s obmedzeným pohybom a užívaným liekov z rizikovej skupiny.
4. Riziko vzniku dekubitov súvisiaci s zhoršeným fyzickým stavom, obezitou, trombózou a zníženou aktivitou a mobilitou.

#### **3.6.1. Aktuálne ošetrovateľské diagnózy**

##### **1. Akútna bolesť súvisiaca so základným ochorením.**

##### **Cieľ:**

Pacient bude pociťovať zmiernenie bolesti maximálne na stupeň č.3 na analógovej škále bolesti do 30 minút po podaní analgetík.

**Plán:**

Zistiť intenzitu, lokalizáciu a charakter bolesti.

Sledovať pacientove verbálne i neverbálne prejavy bolesti.

Sledovať a hodnotiť stupeň bolesti pomocou analógovej škály bolesti.

Podávať analgetiká podľa ordinácie lekára v pravidelných intervaloch.

Sledovať a zaznamenávať účinok podanej analgetickej liečby.

Informovať pacientku o úľavovej polohe pri bolestiach.

**Realizácia:**

Pacientka o 10<sup>30</sup> sa sťažuje na bolesť v pravom podrebrí, ktorú charakterizuje ako tupú bolesť. Nevedela si nájsť žiadnu úľavovú polohu. Bolesť hodnotí stupňom číslo 7. Pacientke som podala Novalgin 5 mg v 100 ml F 1/1 a zaznamenala to do zdravotníckej dokumentácie. Pacientku som poučila o možnosti výskytu nežiadúcich príznakov ako je nauzea, zvracanie, vo výnimočnom prípade anafylaktickou reakciou. Po 30 minútach sa bolesť znížila na stupeň 2-3. O 18<sup>45</sup> si pacientka znovu sťažovala na bolesti v pravom podrebrí, ktoré hodnotí stupňom č.7. Podala som Novalgin 5 mg v 100 ml F 1/1a zaznamenala to do dokumentácie. Po 30 minútach po podaní analgetík sa bolesť znížila na stupeň č. 2.

Počas 24 hodín som pacientke aplikovala Novalgin 5mg i.v. dvakrát (10<sup>30</sup> a 18<sup>45</sup>). Pacientka počas noci spala a nesužovali ju bolesti.

**Hodnotenie:**

Bolesť sa o 11<sup>00</sup> znížila sa stupeň číslo 2-3 . U pacientky sa neobjavila žiadna z nežiadúcich reakcií podaného analgetika. Po večernom podaní analgetík pacientka hodnotí bolesť stupňom č.2. Celú noc spala a nepožadovala ďalšiu analgetickú liečbu. Cieľ bol splnený.

## **2. Porucha spánku súvisiaca s bolesťou a nemocničným prostredím.**

### **Cieľ:**

Pacientka bude spať aspoň 7 hodín v kuse a ráno po prebudení sa bude cítiť svieža.

### **Plán:**

Vyvetrať izbu a upraviť posteľ pacienta.

Aktivizovať pacienta počas dňa.

Podat' hypnotiká podľa ordinácie lekára.

Sledovať a zaznamenávať účinok hypnotík.

Sledovať a zaznamenávať bolesť a podľa ordinácie lekára aplikovať analgetiká.

### **Realizácia:**

Pacientke bol dopoludnia zavedený CŽK. Počas dňa som s pacientkou robila dychové cvičenia a pasívne cvičenia dolnými končatinami v posteli ako prevenciu tromboembolickej choroby. Pacientke som vyvetrala izbu a napla posteľné prádlo, aby na ňom neboli žiadne záhyby. O 18<sup>45</sup> si pacientka znovu sťažovala na bolesti vpravo. Pacientke som podala Novalgin 5 mg v 100 ml F 1/1a zaznamenala do zdravotníckej dokumentácie. Večer som pacientke podala 1 tbl. Lexaurin 3 mg per os podľa ordinácie lekára, ktorú zapila dúškom vody. Pacientka pociťovala únavu.

### **Hodnotenie:**

Pacientka o 19<sup>00</sup> hodnotí bolesť stupňom číslo 2. Cíti sa ustatá a má pocit na spanie. Pacientka sa ráno po prebudení cítila vyspaná. Spala 7 a pol hodiny, v noci sa neprebudila. Cieľ bol splnený.

### **3. Obava v súvislosti so zavedeným CŽK.**

#### **Cieľ:**

Pacientka bude mať dostatok informácií.

Pacientka bude subjektívne pociťovať zmenšenie obáv.

#### **Plán:**

Podaj pacientke dostatočné množstvo informácií o výkone, o jeho postupe, výhodách a možných komplikáciách.

Nechaj pacientke dostatočný priestor na kladenie otázok.

Informuj pacientku o čase zavedenia CŽK.

#### **Realizácia:**

Pacientke už bolo predchádzajúci deň zdelená informácia o nutnosti zavedenia CŽK z dôvodu flebitíd na HK po predchádzajúcich kanyláciách periférnych žíl. Pacientke bol vysvetlený postup zavedenia a všetky informácie s tým súvisiace. Pacientka mala obavu pretože nikdy predtým o takom zákroku nepočula. Tieto obavy prehľbovala myšlienka na to, aké to bude bolestivé. Lekárom bola uistená, že miesto vpichu bude znecitlivené a nebude pociťovať bolesť. Po následnom rozhovore s pacientkou, udávala pacientka zmenšenie obáv, v súvislosti s dostatkom informácií. Pacientke o 9<sup>00</sup> lekár zaviedol trojcestný CŽK do vena subclavia l. sinister. Pacientka počas výkonu spolupracovala.

#### **Hodnotenie:**

Pacientka mala dostatok informácií. Subjektívne zhodnotila zmenšenie obáv. Cieľ bol splnený.

#### **4. Porucha sebestačnosti v oblasti hygieny a pohybu súvisiaca s kludovým režimom.**

##### **Cieľ:**

Pacientka bude schopná vykonať toaletu s pomocou sestry.

##### **Plán:**

Zistiť mieru sebestačnosti podľa Bartlovoho testu sebestačnosti.

Zaistiť vzniknuté potreby.

Zapájať pacienta do starostlivosti o seba a tým zvyšovať sebestačnosť.

Podávať pomôcky na vyprázdňovanie.

Pomôcť pri hygienickej starostlivosti.

##### **Realizácia:**

Pacientka mala lekárom naordinovaný klud na lôžku, nesmela chodiť a ani vstávať. Zhodnotila som pacientkin stupeň závislosti v základných všedných činnostiach pomocou Barthelovho testu. Dosiahla 55 bodov, čo je závislosť stredného stupňa (viď príloha č. 1). Pacientka bola schopná sama sa najesť a napiť pokiaľ mala všetky potrebné veci na dosah. Obliekanie zvládla bez problémov, pokiaľ v ju tú dobu nesušovali bolesti. Pomoc hlavne vyžadovala pri hygiene a vyprázdňovaní. Pri rannej toalete som pacientke pomohla posadiť sa na posteli, priniesla som jej umývadlo s vodou a hygienické potreby. Pacientka si zvládla sama umyť tvár, hornú a dolnú polovicu tela s výnimkou chrbta a sedacej časti. Nakoniec som pacientka namazala chrbát mentolovým krémom.

##### **Hodnotenie:**

Pacientka vykonala toaletu s pomocou sestry. Potrebovala pomôcť iba s umytím chrbta a gluteálnej oblasti. Cieľ bol splnený.

### 3.6.2. Potencionálne ošetrovateľské diagnózy

#### 1. Riziko infekcie súvisiace so zavedeným CŽK a PMK.

##### **Cieľ:**

Pacient nejaví známky infekcie.

Včasnú rozpoznávanie známkov infekcie.

##### **Plán:**

Denne kontrolovať miesto vpichu CŽK a jeho okolie.

Sledovať pacientove subjektívne prejavy pri aplikácií liečebných roztokov do CŽK.

Dbat' na hygienu rúk a postupuj podľa štandardu oddelenia.

Pravidelne a sterilne preväzovať CŽK každé 3 dni, v prípade potreby aj častejšie.

Sledovať a zaznamenávať diurézu, vrátane farby a prímesty moči.

Minimalizovať rozpojenie močového katétru od zberného močového sáčku.

Dodržiavať aseptické postupy pri výmene močového sáčku.

##### **Realizácia:**

Pacientke som sterilne ošetrila okolie vstupu CŽK a sterilne prekryla. Použila som polopriepustnú fóliu, ktorú je možné ponechať 3 dny. Pracovala som sterilne s asistenciou. Pacientke som podala o 9<sup>00</sup> Antibiotikum: Unasyn 1,5 mg vo 20 ml F1/1 lineárnym dávkovačom na 30 minút. Plasmalyte 1000ml, rýchlosťou 100 ml/hod

Ringer 1000ml +10 ml MgSO<sub>4</sub>, rýchlosťou 75ml /hod

Helicid 40mg + 20 ml F1/1, rýchlosťou 0,8 ml/hod

Pri manipulácii s infúznou linkou som pracovala asepticky.

Počas dňa som sledovala množstvo, farbu a prímesty v moči. Zakalenie ani zmena farba moču nebola prítomná. Namerané hodnoty som zapísala do tabuľky bilancie tekutín. Pri vypúšťaní močového sáčku som nerozpojovovala močový katéter, čím

som minimalizovala riziko infekcie močových ciest. Močový sáčok som vymenila nasledujúci deň ráno aseptickým spôsobom.

**Hodnotenie:**

V priebehu mojej služby sa u pacientky neobjavili známky infekcie súvisiace so zavedeným CŽK a PMK.

**2. Riziko tromboembolickej choroby súvisiace s kludovým režimom.**

**Cieľ:**

Včasnú rozpoznávanie príznakov TEN.

**Plán:**

Zaistiť bandáže dolných končatín.

Sledovať funkčnosť bandáží 3-krát denne.

Podávať antikoagulačnú liečbu, podľa ordinácie lekára.

Sledovať farbu, teplotu a bolestivosť DK.

S pacientkou počas dňa prevádzať cvičenie DK na posteli.

Sledovať fyziologické funkcie.

**Realizácia:**

Po rannej toalete som pacientke spravila bandáže dolných končatín. Poučila som ju o tromboembolickej chorobe o dôležitosti jej prevencie. Po rannej toalete som s pacientkou cvičila cviky s dolnými končatinami v posteli. Počas dňa som sledovala fyziologické funkcie pacientky. Hodnota tlaku krvi sa pohybovala od 120-155 / 68-78 a hodnota pulzu 68-75 / min. Pacientka nemala bolesti DK ani zmeny farby a teploty. O 21<sup>00</sup> bol pacientke podaný Fraxiparin 1ml s.c. podľa ordinácie lekára.

**Hodnotenie:**

Pacientka počas mojej služby nemala príznaky tromboembolickej choroby.

**3. Riziko pádu súvisiace s obmedzeným pohybom a užívaním liekov z rizikovej skupiny.**

**Cieľ:**

U pacienta nedôjde k pádu.

**Plán:**

Zhodnotiť riziko pádu.

Pravidelne kontrolovať pacienta.

Poučiť pacienta a nutnosti nevstávať z postele bez zdravotníckeho personálu.

Dať signalizačné zariadenie na dosah ruky.

Vhodne upraviť okolie postele pacienta.

**Realizácia:**

U pacientky som zhodnotila riziko pádu, ktorého výsledok bol 3 body. To znamená že pacientka je ohrozená pádom (viď. príloha č.3 ). Pacientka bola pri vedomí a orientovaná, mala však lekárom ordinovaný kľud na lôžku, vyžadovala pomoc pri vyprázdňovaní a užívala lieky zo skupiny antihypertenzív. Na pravej ruke mala identifikačný náramok červenej farby.

Pacientku som poučila o nutnosti nevstávať bez dohľadu zdravotníckeho personálu z postele. Po rannej toalete som jej upravila okolie postele, aby dosiahla na osobné veci na nočnom stolíku a taktiež na signalizačné zariadenie pomocou ktorého by sa mohla privolať sestru. Pacientku som pravidelne kontrolovala.



**Hodnotenie:**

Riziká pádu boli minimalizované, pacientka nespadla. Cieľ bol splnený.

**4. Riziko vzniku dekubitov súvisiaci s zhoršeným fyzickým stavom, obezitou, trombózou a zníženou aktivitou a mobilitou.****Cieľ:**

U pacientky nevznikne dekubit.

**Plán:**

Informovať pacientku o predilekčných miestach vzniku dekubitov.

Poučiť pacientku o nutnosti každú hodinu zmeniť polohu.

V prípade nutnosti použiť pomôcky na polohovanie pacienta.

Dbat' na dostatočnú hygienu pokožky pacienta.

Zaistiť lôžko v suchu a čistote.

Vyhodnotiť riziko vzniku dekubitov podľa škály Nortonovej.

Informovať lekára pri vzniku kožného defektu.

**Realizácia:**

Pomocou Nortonovej škály som zhodnotila riziko vzniku dekubitov. Počet bodov bol 25 (viď. príloha č.2).

Pri rannej toalete som pacientku poučila o predilekčných miestach vzniku dekubitov a bola upozornená o nutnosti zvýšene dbať o hygienu pokožky v týchto miestach. Pacientka počas dňa sama menila polohu na pravom, ľavom boku a na chrbte minimálne každé dve hodiny cez deň. Dbala som na to aby lôžko pacientky bolo čisté a upravené. Predilekčné miesta som kontrolovala pri rannej toalete. Päty som podložila antidekubitnými pomôckami. Pri rannej toalete som pacientke namazala chrbát mentolovým krémom, čím došlo k lepšiemu prekrveniu pokožky.

**Hodnotenie:**

Pacientka nemala známky vzniku dekubitov. Cieľ bol splnený .

### ***3.7. Dlhodobý plán ošetrovateľskej starostlivosti***

Pacientka subjektívne pociťovala postupné zlepšovanie zdravotného stavu v priebehu hospitalizácie. Dlhodobý plán ošetrovateľskej starostlivosti bol zameraný na zmiernenie bolesti, rozvoj sebestačnosti v oblasti hygieny a odstránenie poruchy spánku. Pacientka mala naďalej sledované fyziologické funkcie z dôvodu hypertenzie, ktorá spočiatku nereagovala na liečbu. Zamerala som sa taktiež na zamedzenie vzniku infekcie ČŽK a PMK, na prevenciu vzniku TEN a zamedzenie vzniku komplikácií súvisiacich s podávaním enterálnej výživy.

***Sebestačnosť*** - Pacientka vyžadovala ešte 4. deň hospitalizácie pomoc sestry pri osobnej hygiene, no cítila sa už lepšie v súvislosti s postupným ustúpaním bolesti. Vetry jej odchádzali, mala nutkanie na stolicu, vyprázdnila sa však až 4. deň. Vyprázdňovala sa na podložnej mise. V 5. deň hospitalizácie jej bol je zrušený prísny klud v lôžku a mohla sa postaviť a sadnúť na stoličku s pomocou sestry. Pacientku som postupne vertiklizovala a sledovala jej subjektívne prejavy. Pacientka sa necítila byť istá v chôdzi, preto som ju pri chôdzi pridržiavala. Nasledujúci deň som pacientku odviedla do kúpeľne, kde sa osprchovala za dohľadu a malej pomoci. Nasledujúce dni už pacientka zvládla rannú a večernú hygienu pri umývadle sama. Cítila sa oveľa lepšie, keď sa mohla umyť sama a nemusela tým nikoho obťažovať. Keďže stále jej bola podávaná kontinuálna výživa NJS sondou, intravenózna terapia a bola napojená na monitor, vyprázdňovala sa na prenosnej wc stoličke, ktorú mala umiestnenú vedľa postele.

**Bolesť** - Pacientka 4. deň hospitalizácie bol podaný Novalgin 2mg v F1/1 100 ml podaný o 10<sup>00</sup> z dôvodu bolestivosti, ktoré hodnotila podľa škály VAS číslom 5. 30 minút po podaní pacientka pocítila zmiernenie bolesti na stupeň č.1. Pacientke som doporučila úľavovú polohu na boku, ktorá je v malej miere bolesť znižovala. Nasledujúce dni už nevyžadovala žiadnu analgetickú liečbu.

**Spánok** - Pacientka dostávala naďalej 1 tbl. Lexaurin 3 mg per os večer. Spala bez problémov. Jednu noc mala problém zaspáť. Zaspala až okolo polnoci z dôvodu nadmerného hluku vychádzajúceho z vedľajšej izby. Počas ostatných dní pacientka po podaní hypnotík zaspávala bez problémov. Zvykla si už aj na nemocničnú posteľ.

**Fyziologické funkcie** (TK a P) boli pacientke monitorované každú hodinu až do 5. dňa hospitalizácie. Ďalší deň pacientke boli tieto fyziologické funkcie merané 3-krát denne. Tlak krvi sa stabilizoval a udržiaval sa v rozmedzí 125-140/75-85. Pacientka nepocítovala dušnosť. Pacientke mala naďalej zavedený permanentný močový katéter až do 6. dňa hospitalizácie. Výmenu močového sáčku prevádzala nočná sestra o 6<sup>00</sup> ráno. Naďalej bol sledovaný príjem a výdaj tekutín. Pacientke bola nameraná negatívna príjmová bilancia počas 3. dňa hospitalizácie -160 ml. Nasledujúce dni sa už pohybovala hodnota bilancie tekutín v kladných hodnotách (4. +150, 5. + 100, 6. + 170, )

**Centrálny žilný katéter** som sterilne prevážovala 5. deň hospitalizácie za asistencie sestry. Na krytie vstupu som použila polopriepustnú fóliu, ktorá môže zostať až 3 dni. Okolie vpichu som dezinfikovala dezinfekčným prostriedkom Cutasept. Miesto vpichu ani jeho okolie nejavilo známky infekcie, pacientka nepocítovala bolesti pri podávaní infúznej terapie do CŽK. Katéter bol odstránený až 10. deň hospitalizácie.

Pacientka mala zavedený **PMK**. Katéter odvádzal čiru moč bez prímiesy. Pacientka neudávala pálenie močovej trubice a ani bolesti v podbrušku, ktoré by mohli signalizovať infekciu.

Počas prvých piatich dní som sa venovala taktiež **prevencii TEN**. Pacientke som ráno spravila bandáže dolných končatín a cvičila s pacientkou na posteli. Zamerala som sa na cviky, ktoré zlepšujú prúdenie krvi v dolných končatinách. Bandáže DK boli potrebné až do šiesteho dňa hospitalizácie. Pacientka 5. deň hospitalizácie vstávala z postele a chodiť s dopomocou.

Počas hospitalizácie som pomocou Bartlovho testu denne hodnotila sebestačnosť pacientky (viď tabuľka č. 6).

*Tabuľka č. 6 – Zhodnotenie Barthelovho testu od 1.-7. dňa hospitalizácie*

1. deň hospitalizácie	50 bodov
2. deň hospitalizácie	50 bodov
3. deň hospitalizácie	55 bodov
4. deň hospitalizácie	65 bodov
5. deň hospitalizácie	80 bodov
6. deň hospitalizácie	90 bodov
7. deň hospitalizácie	95 bodov

Tretí deň hospitalizácie pacientka bola ohrozená vznikom dekubitov podľa Nortonovej stupnice . Nasledujúce dny vďaka zlepšovaniu jej zdravotného stavu, pacientka už nespádala do rizikovej skupiny (viď tabuľka č. 7).

*Tabuľka č. 7 – Zhodnotenie vzniku dekubitov podľa Nortonovej škály 3., 5., a 6. deň hospitalizácie.*

3. deň hospitalizácie	25
5. deň hospitalizácie	29
6. deň hospitalizácie	31

Podľa škály hodnotiacej riziko pádu, som zistila že pacientka počas dní úplného kľudu v lôžku (tj. 1. - 4. deň hospitalizácie) dosahovala hodnoty 3 bodov. Pacientka bola ohrozená rizikom pádu. Piaty deň bol pacientke kľudovým režim zrušený a podľa hodnotiacej škály už nebola ohrozená rizikom pádu. (viď tabuľka č. 8).

*Tabuľka č. 8 – Zhodnotenie rizika pádu od 1. -7. dňa hospitalizácie*

1. - 4. deň hospitalizácie	3
5. - 7. deň hospitalizácie	1

V edukácii som sa zamerala na zoznámenie pacientky s obmedzeniami v strave, ktoré bude musieť dodržiavať. Navštívila ju taktiež nutričná terapeutka, ktorá jej ozrejmila dôvody zmeny životosprávy a dala pacientke informačné letáčky.

V priebehu hospitalizácie pacientka tolerovala enterálnu výživu. Postupne rýchlosť podávania bola zvyšovaná. Siedmy deň hospitalizácie bola rýchlosť enterálnej pumpy nastavená na 85 ml/hod. Tento deň pacientka už mohla prijímať čaj po lyžičkách, maximálne však mohla vypíť jeden liter tekutín. Deviaty deň hospitalizácie pacientka mala zmenenú diétu na prísne pankreatickú a popoludní jej bola odstránená nozojejunálna sonda.

Pacientkyn stav sa v priebehu hospitalizácie postupne zlepšoval. Postupne bola zvyšovaná dávka enterálnej výživy NJS. Piaty deň hospitalizácie bol pacientke zrušený kľudový režim na lôžku a postupne začala byť sebestačná. Siedmy deň pacientka začala prijímať pre os diétu 0S. Ôsmy deň hospitalizácie bola pacientka preložená na štandardné oddelenie gastroenterológie. Jej stav bol stabilizovaný a bola sebestačná vo všetkých oblastiach. Deviaty deň hospitalizácie pacientke bola

zmenená diéta S/PI (prísne pankreatická diéta). Jedenásty deň bola znovu pozmenená diéta pacientky na 4B - pankreatická diéta. V tento deň bola prepustená do domáceho liečenia. Stravu tolerovala, hladiny pankreatických amyláz boli vo fyziologickom rozmedzí, krvný obraz a hladiny zápalových markerov boli taktiež v norme. Pacientka bola objednaná v chirurgickej ambulancii, kde jej mal byť stanovený dátum operácie žlčníku.

### **3.8. Psychologické zhodnotenie pacienta**

#### **3.8.1. Úvod**

Pobyt v nemocnici je pre každého človeka významnou situáciou počas života. V nemocniciach sú pravidlá a po pacientoch je požadované aby ich dodržiavali. Pacienti môžu reagovať štyrmi spôsobmi.

- a) rezignácia – kde sa pacient cíti ako bezmocný a závislý na ostatných. Nastáva u neho regresia
- b) Pacient sa zdanlivo prispôsobí, avšak pravidlá porušuje.
- c) Pacient môže protestovať a odmietat' svoju liečbu.
- d) Väčšina pacientov však prijíma obmedzenia ako prechodné, dočasné, nutné a bez väčších problémov sa im prispôsobí.

Prevažná časť pacientov sa na nemocničné pomery rýchlo a dobre adaptujú. Obmedzenia berú ako „nutné zlo“, ktoré má prechodný charakter.

#### *Potreby pacientov v nemocnici:*

Telesné potreby majú vplyv na úroveň pobytu pacienta v nemocnici a priamo ovplyvňujú psychický stav človeka. Pacienti majú často deficit spánku, nedostatok čerstvého vzduchu, a problémy s vyprázdňovaním a osobnou hygienou.

Psychické potreby pacientov sú zamerané na istotu a absenciu úzkosti, strachu a neistoty. Potrebujú mať taktiež súkromie, ale necítiť sa pritom osamelo. Nežiadúcim opakom je senzorická a informačná subdeprivácia. Potreba mať prehľad a byť orientovaný na oddelení a pochopenie vlastnej choroby, liečenia a diagnostických výkonov je dôležitou potrebou pre pacienta.

Sociálne potreby sa prelínajú s psychickými potrebami ktoré vedú k spoločnej spolupráci. Pacient nesmie byť izolovaný od domova a návštev. Zle na pacienta vplývajú konflikty medzi spolupacientmi, pacientmi a personálom.

Choroba, ktorá svojim priebehom alebo svojimi dôsledkami výrazne znižuje kvalitu života je bezpochyby náročná. (14, s. 197)

### **3.8.2. Prežívanie choroby**

Pacientka bola privezená RZP a hospitalizovaná na metabolickej jednotke intenzívnej starostlivosti. Nejavila známky agresie. Bola trochu zmätená, pretože nevedela čo s ňou bude ďalej. Postupne strach a zmätok opadol a to vďaka edukácii pacientky o ochorením a liečbou s tou súvisiacou.

### **3.8.3. Postoj k chorobe**

Pacientka sa počas celej hospitalizácie snažila dodržiavať liečebný režim a opatrenia. Všetky informácie, ktoré súviseli s jej zdravotným stavom brala vážne a intenzívne sa zaujímala o všetky možnosti liečby. Rehabilitovala každý deň a verila v skoré uzdravenie. Uvedomovala si, že najlepšou voľbou bude, ak podstúpi následnú operáciu odstránenia žlčových kameňov.

### **3.8.4. Reakcia na pobyt v nemocnici**

Pacientka bola prvý deň hospitalizácie smutná, pretože nemohla byť doma s rodinou. Uvedomila si, že ona sama môže ovplyvniť ďalší vývoj ochorenia a dobu hospitalizácie.

### **3.8.5. Zhodnotenie komunikácie**

S pacientkou sa mi komunikovalo veľmi dobre. Bolo vidieť že jej chýba niekto s kým by sa mohla porozprávať počas hospitalizácie. Keď bolesti už boli miernejšie a ustupovali často si zavtipkovala a zasmiala sa. Informácie o chorobe a liečbe veľmi dobre počúvala a kládla otázky. Telefonický kontakt so svojou rodinou ju vedel vždy potešiť.

### **3.8.6. Zvládnutie stresu**

Pri prijíme bola pacientka neistá a v strese čo sa s ňou bude diať a ako bude prebiehať liečba. Po tom, čo jej lekár vysvetlil príčinu samotného ochorenia a liečbu, stres z pacientky opadol.

### **3.8.7. Obranné mechanizmy**

Obranné mechanizmy chránia človeka pred uvedomením takých situácií vrátane choroby, ktoré nedokážu prijať, pretože v ňom vyvolávajú príliš veľa úzkosti. Tieto mechanizmy dovoľujú nevedomé obsahy vyjadriť v oblasti vedomého prežívania alebo chovania iba nepriamo, v skrytej podobe.

Pacientka bola privezená RZP a hospitalizovaná pre opakované bolesti v pravom podrebrí. Domnievala sa, že bolesti súvisia so žlčovými kameňmi a je to len ďalšia žlčníková kolika. Obranný mechanizmus, ktorý použila bolo poprenie. Popierala možné zhoršenie jej stavu, až sa dostala do nemocnice. Tam si uvedomila vážnosť svojho zdravotného stavu.



### **3.8.8. Motivácia k liečbe**

Pacientka po celú dobu hospitalizácia spolupracovala pri liečbe, dodržiavala zákaz prijímania tekutín a stravy per os a taktiež prvé dni aj úplný kľud v lôžku. Chcela sa čím skôr vrátiť domov k svojej rodine a práce, čo bola pre ňu najväčšia motivácia. V dobe jej hospitalizácie boli zakázané akékoľvek návštevy, to ešte viac motivovalo pacientku k tomu aby dodržiavala liečbu a odporúčania lekára.

### **3.9. Sociálna problematika**

Pacientka je šťastne vydatá. Má manžela a dve deti. Spoločne bývajú na okraji Prahy v malom domčeku. Pacientka vlastní so svojou dobrou kamarátkou zákazkové krajčírstvo. V dobe rekonvalescencie sa o ňu postará manžel. Po úplnom uzdravení by sa rada vrátila do práce. Behom hospitalizácie pacientka dobre vychádzala so zdravotníckym personálom. S ošetrovateľskou starostlivosťou bola spokojná. Veľmi milo ju prekvapil záujem personálu o jej zdravotný stav a jej potreby.

### **3.10. Edukácia**

#### **3.10.1. Úvod**

Edukácia je celoživotné rozvíjanie osobnosti pôsobením formálnych výchovných inštitúcií a neformálneho prostredia. Výsledkom edukácie je zvýšenie a prevzatie zodpovednosti pacienta za vlastné zdravie a nadobudnutie nových vedomostí, zručností a postojov. Výchovný a vzdelávací proces je súčasťou ošetrovateľského procesu.

Edukačný proces je tvorený piatimi fázami:

1. *Posudzovanie* - Zahrňuje zber dát, overovanie získaných informácií potrebných pre stanovenie edukačnej diagnózy. Získavanie informácií musí byť systematické a nepretržité. Je potrebná aktívna spolupráca pacienta a taktiež aj edukátorky - sestry. Edukovaný môže byť jednotlivец, ale aj rodina, skupina alebo komunita. V tejto fáze sestra zisťuje množstvo, kvalitu, správnosť vedomostí, zručností, ktoré už pacient o danej problematike má.

2. *Diagnostika* - Pomocou získaných informácií si stanovíme vzdelanostnú – vedomostnú diagnózu. Je to možnosť ako riešiť deficit vedomostí, zručností a postojov pacienta k danej problematike. Pri stanovovaní diagnózy vychádzame z požiadaviek samotného pacienta. Cieľom diagnostiky je určenie potreby učiť sa, zistenie dôležitých a potrebných údajov a diagnostikovanie potrieb.

3. *Plánovanie* - Samotné plánovanie má dve fázy. V prvej fáze si stanovujeme priority edukácie, ktoré musia byť zoradené podľa dôležitosti a určenie edukačného zámeru. Plánovanie pozostáva z časového harmonogramu plnenia cieľov.

4. *Realizácia* - V tejto fáze sprostredkujeme pacientovi nové poznatky. Na začiatku tejto fázy je potrebné pacienta namotivovať, ktorá je prostriedkom zvyšovania efektivity učebnej činnosti. Prostredníctvom rôznych metód edukácie je pacientovi vysvetlená problematika. Významnú rolu tu hra pacientova predchádzajúca skúsenosť s danou problematikou. Následne sestra preveruje pacientove vedomosti, spôsobilosti a zručnosti, ktoré si osvojil v predchádzajúcich etapách.

5. *Vyhodnotenie* - Hodnotenie môže byť *termínované, priebežné* – je na konci každého stretnutia a súhrnné *hodnotenie*. *Súhrnné* hodnotenie zhodnocuje celý priebeh edukácie s vyhodnotením krátkodobých a dlhodobých cieľov. (5, s. 82)

### **3.10.2. Edukácia pacienta o režime na oddelení**

Pacientka bola prijatá na oddelenie metabolickej jednotky intenzívnej starostlivosti, kde bola uložená na izbu. Na pravú ruku dostala identifikačný náramok. Bola zoznámená s chodom oddelenia, so signalizačným zariadením. Pacientku som informovala o nutnosti kludového režimu a zákazu čokoľvek jesť a piť.

### **3.10.3. Edukácia pacienta pred a po vyšetrení ERCP**

Pacientka podstúpila 5.12. 2009 ERCP. Pacientku som informovala o nutnosti nič nejesť a nepiť 8 hodín pred vyšetrením a vysvetlila priebeh vyšetrenia. Po vyšetrení pacientka nesmela vstávať z lôžka minimálne 8 hodín.

### **3.10.4. Diéta pri ochorení pankreasu**

Jednou zo súčastí liečby akútnej pankreatitídy je dodržiavanie diéty. Každá diéta sa zostavuje individuálne podľa aktuálneho zdravotného stavu pacienta. Na počiatku ochorenia je u pacientov vylúčené prijímanie potravy ústami. Pacientovi je podávaná výživa parenterálne a enterálne. Po uplynutí akútnej fázy a po preukázaní zmiernenia zápalového procesu na pankrease, začína pacient popíjať čaj po lyžičkách. Nevhodné sú čaje príliš silné.

#### **Zásady diéty pri ochorení pankreasu**

- Volíme malé porcie jedla 5 – 7 krát denne.
- Jedlá pripravujeme varením, dusením, pečením v alobale bez tuku
- Prísny zákaz pitia alkoholu.
- Pripravené jedlá majú mať mäkkú konzistenciu a byť ľahko stráviteľné

- Príjem tekutín má byť 2 – 3 l denne.
- V prvom období do jedálnečka nezaradujeme čerstvo upečené pečivo.
- Obmedzujeme spotrebu tukov.

### **Diéta je členená do niekoľkých stupňov.**

1. **Fáza** - po tolerancii čaju dostáva takzvanú šlemovú polievku. Je to prísna sacharidová diéta.

2. **Fáza** - Diéta prísne pankreatická

Táto diéta obsahuje 20 g tukov a podáva sa ak pacient toleruje šlemovú polievku. Je podávaná 2 – 3 dni, no líši sa podľa aktuálneho zdravotného stavu pacienta. Energetická hodnota a živiny, ktoré obsahuje táto diéta nie sú postačujúce. Je preto nutné popíjanie (sipping) kompletnej tekutej výživy k doplneniu živín (Nutridrink, Fortimel, Fresubin ...).

3. **Fáza** - Pankreatická diéta 4B

V tejto fáze sa zvyšuje množstvo tukov na 40 g. Do jedálnečka zasadzujeme bielkoviny v podobe chudého mäsa, nízkotučných mliečnych výrobkov. Pri zaradzovaní nových jedál nie sú vhodnou dobou pre večerné hodiny. Pri príprave pokrmov preferujeme varenie, dusenie, vyhýbame sa vypráženiu alebo grilovaniu jedál.

4. **Fáza** - Žlčníková diéta 4

Je diéta s obsahom 60 g tukov. Obmedzujeme živočíšne tuky a vhodná je konzumácia nenasýtených mastných kyselín. Pri príprave jedla sa vyhýbame technologickým postupom, pri ktorých dochádza k prepaľovaniu tukov. Pri konzumácii tukov je zvýšená tvorba žlče a pankreatických enzýmov, preto sa vyhýbame tučnému mäsu, salámam a tučným mliečnym výrobkom. Nepoužívame ostré korenie. V tejto fáze môžeme začať prijímať voľný tuk rastlinného alebo živočíšneho pôvodu. Túto diétu pacient dodržiava dlhodobo. Každú úpravu jedálnečku pacient konzultuje s lekárom a nutričným terapeutom. (3)

### **3.11. Prognóza**

Pacientka bola hospitalizovaná na oddelení metabolickej jednotky osem dní, následne bola preložená na štandardné oddelenie, kde bola hospitalizovaná nasledujúce tri dni. V priebehu hospitalizácie nedošlo ku komplikáciám, dosiahlo sa zlepšenie stavu pacienta, nie však odstránenie prvej príčiny, ktorou boli mnohonásobné litiázy v žlčníku a žľčovými cestách. Liečba bola sústredená na stabilizáciu zdravotného stavu pacienta pomocou rehydratácie, tíšnením bolesti, diétnym opatrením a odpočinkom na lôžku.

Pacientka bola objednaná na vyšetrenie v chirurgickej ambulancii, kde jej mal byť stanovený dátum operácie, ktorou jej mali byť odstránené žľčové kamene.

## 4. Záver

V mojej práci som popísať ošetrovateľskú starostlivosť o pacientku s akútnou pankreatitídou na metabolickej jednotke intenzívnej starostlivosti.

Akútna pankreatitída je zápalové ochorenie slinivky brušnej, ktorá sa prejavuje typickými klinickými príznakmi. Dochádza k poškodeniu blízkych i vzdialených orgánov. Incidencia ochorenia sa zvyšuje so zlou životosprávu a zvýšenou spotrebou alkoholu. Ťažkú forma priebehu tejto choroby vyžaduje intenzívnu starostlivosť, dlhodobú liečbu a úpravu životosprávy.

V ošetrovateľskej časti som sa zamerala na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti formou ošetrovateľského procesu. Pri získavaní informácií a tvorbu anamnézy som použila model Majory Gordonovej.

Pacientka vo veku 44 rokov bola hospitalizovaná 11 dní. Priebeh jej ochorenia sa vyvíjal dobre. Lekárom bol zhodnotený stav a stanovená diagnóza biliárna akútna pankreatitída bez komplikácií. V chirurgickej ambulancii jej bol stanovený dátum operácie odstránenia žlčových kameňov.

## Zoznam použitej literatúry

1. Čihák, R. *Anatomie 2*. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0143-X
2. Grim, M., Druga, R. *Základy anatomie – 3.trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha: Galen, 2005, s. 49-52, ISBN 80-7262-302-8.
3. Kohout, P., Lišková, M., Mengerová, O. *Onemocnění slinivky břišní – dieta pankreatická*. Praha: Forsapi, 2007, ISBN 978-80-903820-3-9
4. Kostka, R. *Akutní Pankreatitida*. Praha: Galen, 2006, ISBN 80-7262-427-X
5. Magurová, D., Majerníková, L. *Edukácia a edukačný proces v oetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009, ISBN 978-80-8063-326-4.
6. Petrovický, P. *Systematická, topografická a klinická anatomie, IV. Zažívací ústrojí*. Praha: Karolinum, 1997, s.102-105, ISBN 80-7184-108-0
7. Pavlíková, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1211-3
8. Silbernagl, S., Despopoulos, A. *Atlas fyziologie člověka*. Praha: Grada Avicenum, 1993, ISBN 80-85623-79-X
9. Staňková, M. *Jak provádět ošetřovatelství proces*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, ISBN 80-7013-283-3
10. Staňková, M. *Jak zavést ošetřovatelství proces do praxe*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, ISBN 80-7013-282-5
11. Staňková, M. *Koncepce českého ošetřovatelství, Základní terminologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, ISBN 80-7013-263-9
12. Špičák, J. *Akutní Pankreatitida, Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-0942-2*
13. Trachtová, E. A kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelství proces*. Brno: NCONZO, 2006, ISBN 80-7013-324-4
14. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*, Praha:Portál, 2005, ISBN 80-7178-740-X
15. *Pharmindex brevif*, Praha: MediMedia, 2005, ISBN 80-86336-06-9

## Zoznam skratiek

AP	Akútna pankreatitída
a.	Artéria
ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alanínaminotransferáza
ARDS	Acute respiratory distress syndrome
AST	Aspartátaminotransferáza
BMI	Body mass index
CNS	Centrálne nervová sústava
CRP	C reaktívni proteín
CT	Počítačová tomografia
CŽK	Centrálne žilný katéter
DK	Dolné končatiny
DM	Diabetes mellitus
EPT	Endoskopická papilotomia
ERCP	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatografia
FW	Sedimentácia krvi
GIP	Gastroinhibičný peptid
GIT	Gastrointestinálny trakt
GMT	g- glutamyltransferáza
HAK	Hormonálna antikoncepcia
Hmt	Hematokrit
Hmg	Hemoglobín
LDH	Laktátdehydrogenáza
m.	Musculus
MR	Magnetická rezonancia
n.	Nervus
NJS	nozojejúnálna sonda



OP	Ošetrovateľský proces
O <sub>2</sub>	Kyslík
P	Pulz
PMK	Permanentný močový katéter
pO <sub>2</sub>	Saturácia kyslíku v kapilárnej krvi
Plt	Trombocyty
RBC	Červené krvinky
RTG	Röntgen
RZP	Rýchla zdravotnícka pomoc
TEN	Tromboembolická nemoc
TK	Krvný tlak
UPV	Umelá pľúcna ventilácia
USG	Ultrasonografia
WBC	Biele krvinky

## **Zoznam tabuliek**

- Tabuľka č. 1 Ransove prognostické skórovacie schéma – pri prijatí
- Tabuľka č. 2 Ransove prognostické skórovacie schéma - po 48 hodinách
- Tabuľka č. 3 Výsledky vyšetrenia krvného obrazu
- Tabuľka č. 4 Výsledky biochemického vyšetrenia
- Tabuľka č. 5 Súhrne informácie o pacientke
- Tabuľka č. 6 Zhodnotenie Barthelovho testu od 1. - 7. dňa hospitalizácie
- Tabuľka č. 7 Zhodnotenie vzniku dekubitov podľa Nortonovej škály 3.,  
5. , a 6. deň hospitalizácie
- Tabuľka č. 8 Zhodnotenie rizika pádu od 1. - 7. dňa hospitalizácie

## **Zoznam príloh**

Príloha č. 1 : Barthelov test základných všedných činností ADL

Príloha č. 2: Rozšírená stupnica podľa Nortonovej

Príloha č. 3: Hodnotenie rizika pádu

Príloha č. 4: Informovaný súhlas k vyšetreniu ERCP

Príloha č. 5: Pankreatická dieta

Príloha č. 6: Farmakoterapia

Príloha č. 7: Anamnestický dotazník

## Príloha číslo 1 – Barthelov test základných všedných činností ADL

činnosť	provedenie činnosti	bodové skóre
1. najedenie a napitie	samostatne bez pomoci	10
	s pomoci	0
	neprovede	.
2. obliekanie	samostatne bez pomoci	10
	s pomoci	0
	neprovede	.
3. kúpanie	samostatne bez pomoci	10
	s pomoci	0
	neprovede	.
4. osobná hygiena	samostatne alebo s pomoci	0
	neprovede	.
5. kontinencia moči	plne kontinentní	10
	občas kontinentní	0
	inkontinentní	.
6. kontinencia stolice	plne kontinentní	10
	občas kontinentní	0
	inkontinentní	.
7. použitie WC	samostatne bez pomoci	10
	s pomoci	0
	neprovede	.
8. presun lôžko – židle	samostatne bez pomoci	10
	s malou pomoci	10
	vydrži sedieť	0
	neprovede	.
9. chôdza po rovine	samostatne nad 30 m	10
	s pomoci 30 m	10
	na vozíku 30 m	0
	neprovede	.
10. chôdza po schodoch	samostatne bez pomoci	10
	s pomoci	0
	neprovede	.

### Hodnotenie stupne závislosti

0 – 40 bodů	vysoce závislý
40 – 60 bodů	závislost středního stupně
60 – 90 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: Trachtová, E. A kol. : Potřeby nemocného v ošetrovateľskom procese , str. 23

**Príloha číslo 2 – Rozšírená stupnica vzniku dekubitov podľa Nortonovej**

*Tab. č. 10: Rozšírená stupnica podľa Nortonovej*

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá	karcinom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

*Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.*

Zdroj: Trachtová, E. A kol. : Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese , str. 65

### Príloha číslo 3 - Hodnotenie rizika pádu

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	•
	Používa pomůcky	∨
	Potřebuje pomoc k pohybu ∨	∨
	Neschopen přesunu	∨
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	•
	V anamnéze nykturie/inkontinence	∨
	Vyžaduje pomoc	∨
Medikace	Neužívá rizikové léky	•
	Užívá léky ze skupin diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypartenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	∨
Smyslové poruchy	žádné	•
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	∨
Mentální status	orientován	•
	občasná noční dezorientace	∨
	dřívější dezorientace / demence	∨
Věk	∨ <sup>∧</sup> až ∨ <sup>°</sup> let	•
	nad ∨ <sup>°</sup> let	∨
Pád v anamnéze	Ano	∨

skóre ∨ a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: [http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko\\_padu.php](http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php)

## Priloha číslo 4 – Súhlas pacienta s vyšetrením ERCP

II. interní klinika 3. lékařské fakulty UK v Praze  
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady  
přednosta prof. MUDr. Michal Anděl, CSc  
Gastroenterologické oddělení

### Záznam k pohovoru s lékařem o ERCP (endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie)

ERCP je kombinované endoskopické a rentgenové vyšetření, které slouží k zobrazení žlučového systému a slinivky břišní. Provádí se pomocí ohebné sondy s optickým systémem (endoskop), kterou lékař zavede ústy postupně až do dvanáctníku k vyústění žlučových cest a pankreatického vývodu. Do těchto vývodů je pomocí kanyly zavedené endoskopem podána kontrastní látka a náplň je pak hodnocena pod rentgenovou kontrolou. Vyšetření trvá v průměru 20-30 min, v některých případech, zvláště u léčebných výkonů, i déle. Jako každé rentgenové vyšetření i ERCP se u žen v reprodukčním věku kromě urgentních případů provádí jen v prvních 10 dnech menstruačního cyklu. Proto je třeba při určení termínu vyšetření udat termín poslední menstruace, důležitý je samozřejmě i údaj o případném těhotenství.

Před vyšetřením je potřeba alespoň 8 hodin nejíst a k utišení žízně pít jen čiré tekutiny. Pokud je vyšetření prováděno ráno, doporučujeme odložit užití ranních tablet až na dobu po vyšetření, je-li to možné – poradte se prosím s ošetřujícím lékařem. Bezprostředně před vyšetřením Vám bude podána injekce, která má zklidnit Vás i Vaše zažívání, a umožnit tak bezproblémový průběh vyšetření. Ještě před touto injekcí informujte prosím sestru či vyšetřujícího lékaře o případných alergických reakcích na léky a o závažných onemocněních, pro která jste léčeni, důležitá je i informace o případném zeleném očním zákalu – glaukomu.

Po této přípravě Vám již lékař na rentgenovém pracovišti zavede přístroj ústy do žaludku a dvanáctníku a v této fázi je důležitá Vaše spolupráce při polknutí, poté již lékař zavádí přístroj sám. Vaše spolupráce je ale potřebná při otáčení na rentgenovém stole, které je nutné pro získání dokonalého rtg obrazu. V průběhu vyšetření dýchejte klidně nosem a sliny nepolykejte ale vypouštějte do připravené buničiny.

Během vyšetření je možné provádět i některé léčebné výkony, na příklad rozetnout Vaterovu papilu (místo vyústění žlučových cest a vývodu slinivky do dvanáctníku), odstranit kameny ze žlučovodů nebo slinivky břišní nebo u zúžených vývodů zavést tzv. endoprotézu, která zlepší průchodnost vývodů. Tyto výkony nejsou bolestivé a mohou někdy nahradit operaci.

Tak jako při každém invazivním vyšetření může i u ERCP dojít ke komplikacím, které jsou však vzácné. Nejčastěji jde o podráždění slinivky břišní, ale při léčebných výkonech může vzniknout i krvácení nebo proděravění střeva. Velké kameny se mohou zaklínit a vést ke žloutence, teplotě a kolice. Následné komplikace pak vedou k nutnosti chirurgického výkonu. Přínos ERCP pro diagnostiku a léčbu vysoce převyšuje možná rizika.

Po diagnostickém vyšetření je potřeba dvě hodiny nejíst a nepít a dále do večera jíst jen suchar a čaj. Po léčebných výkonech je nutná hospitalizace a postupujeme dále dle obtížnosti provedeného léčebného zákroku. Většinou ale stačí jeden až dva dny pobytu v nemocnici.

Pokud máte v souvislosti s endoskopickým vyšetřením jakékoli dotazy, nebojte se s nimi obrátit na sestru nebo vyšetřujícího lékaře.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) o endoskopickém vyšetření dostatečně poučen(a) a souhlasím s tímto navrženým vyšetřením. Souhlasím s nutnými následnými a vedlejšími zásahy.

podpis pacienta

podpis lékaře

datum

## Priloha číslo 5 – Pankreatická dieta

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Šrobárova 50, Praha 10, 100 34

Oddělení léčebné výživy  
Tel: 267168034, 267168035

### Informace o dietách pro pacienty

## Pankreatická dieta

Dieta se předepisuje při akutní, recidivující a chronické pankreatitidě.

Při akutním zánětu pankreatu dochází k náhlé nekróze tkáně slinivky břišní. Příčinou je aktivace enzymů slinivky a natrávení vlastní tkáně.

#### Dietoterapie:

Dieta je rozdělena na několik období, kdy se mění výběr povolených potravin. Délku jednotlivých stádií určuje lékař.

1. stádium onemocnění: nepodává se nic, potom čaj, tj. dieta 0/S.
2. stádium onemocnění: po zlepšení stavu pacienta zařadíme přísnu sacharidovou dietu.
  - S – suchary, čaj
  - O – šlemové odvary, bramborová kaše, ovocná přesnídávka
  - V – kaše (vločková, rýžová, krupicová), ovocná přesnídávka
  - tj. dieta S/PI
3. stádium onemocnění: sacharidovou dietu obohatíme o relativně nízkotučné maso
  - S – 2ks starší rohlíky, eventuálně piškoty
  - O – šlemové polévky, vařené maso hovězí: hovězí, telecí, kuře bez kůže, krůtí maso, králík, libové ryby. Bramborová kaše, ovocná přesnídávka.
  - V – jako oběd, nebo sladká kaše, nudle s tvarohem, Kompot
  - Studené večeře – studené kuře, šlehaný tvaroh – starší pečivo
  - t. j. dieta S/P II
4. stádium onemocnění: přechází se na dietu č. 4. Mléko zařazujeme dle snášenlivosti.  
Poznámka: suchary můžete nahradit starším pečivem, při těžším průběhu onemocnění je možné do šlemových odvarů postupně přidávat maso, případně ovoce a před podáním rozmixovat na řídkší kaši. Při nechutenství a po předchozí konzultaci s lékařem je možné podat u jídla malé množství nízkostupňového piva (cca 1 del).



Fakultní nemocnice Královské Vinohrady  
Šrobárova 50, Praha 10, 100 34

**Seznam jídel, která se vaří v dietě PI Prísna pankreatická**

Polévka šlemová vločková	Brambory lisované
Polévka šlemová rýžová	Mrkev dušená
Rizoto s mrkví	Čaj ovocný
Rýže dušená s meruňkami	Suchary
Rýže dušená s jablky	Piškoty
Sypání cukr	Jablečný kysel
Nudle se strouhankou	Ovocná přesnídávka
Sypání strouhanka	Džem (pasírovaný – bez zrníček)
Kaše bramborová	Med
Těstoviny	

**Seznam jídel, která se vaří v dietě PII Pankreatická**

Polévka šlemová vločková	Nudle se strouhankou
Polévka šlemová rýžová	Bramborová kaše instantní
Maso hovězí	Mrkev dušená
Maso vařené	Sýr žervé (30% tuku)
Plátek hovězí vařený	Tvaroh šlehaný nízkotučný
Kuře pečené	Čaj (s cukrem)
Kuře pečené - na studeno	Čaj ovocný
Kapr vařený	Rohlík starší
Kuřecí stehno pečené (bez kůže)	Piškoty
Rybí filé vařené	Jablečný kysel
Rizoto s mrkví	Pěna tvarohová s ovocem
Piškot	Ovocná přesnídávka
Rýže dušená s meruňkami	Džem
Rýže dušená s jablky	Med
Sypání cukr	Eidam 30%

## **Príloha číslo 6 - Farmakoterapia**

### **Agen 10 mg tbl.**

*Indikačná skupina* - vazodilatans, antihypertenzívum, blokátor kalciového kanálu

*Indikácia* - liečba hypertenzie v monoterapii alebo v kombinácií s thiazidovými diuretikami alebo s alfa-blokátormi

### **Fraxiparin 1ml inj.**

*Indikačná skupina* - Antitrombotikum, antikoagulans

*Indikácia* - profylaxia tromboembolickej choroby, prevencia krvného zrážania

### **Helicid 40 mg inf sol**

*Indikačná skupina* - antiulcerózum, inhibítor protónovej pumpy

*Indikácia* - peptický vred vo všetkých lokalizáciach, refluxná ezofagitída a symptomatická refluxná choroba pažeráku, prevencia gastroduodenálnych vredov a erózií

### **Lacidofil cps.**

*Indikačná skupina* - digestívum

*Indikácia* - liečba a prevencia hnačkových ochorení

### **Lexaurin 3mg tbl.**

*Indikačná skupina* - psychofarmakum, anxiolytikum

*Indikácia* - symptomatická liečba úzkosti závažného stupňa

### **Novalgin 2mg inj.**

*Indikačná skupina* – analgetikum, antipyretikum

*Indikácia* - silné bolesti pri operáciach, poraneniach, kolikách, nádorových chorôb, bolesti hlavy

**Prestarium Neo 5 mg tbl.**

*Indikačná skupina* - antihypertenzívum, ACE inhibitor

*Indikácia* - liečba hypertenzie, zlyhania srdca, prevencia recidívy cievnej mozgovej príhody

**Tenaxum 1mg tbl.**

*Indikačná skupina* - antihypertenzívum

*Indikácia* - liečba esencionalnej hypertenzie u dospelých pacientov

**Unasyn 1,5 mg**

*Indikačná skupina* - širokospektrové antibiotikum

*Indikácia* - bakteriálne infekcie vyvolané citlivými mikroorganizmami, hlavne infekcie horných a dolných dýchacích ciest, infekcie vnútrobrušných orgánov, infekcie kosti, kĺbov, kože a mäkkých tkanív (15 )

## Priloha číslo 7 - Anamnestický dotazník

### Ošetrovateľský záznam

Jméno a příjmení : XX  
Věk : 44 roků  
Vyznání : Nevenáca  
Povolání : Dávna krajčička  
Národnost : Česka  
Osoba, kterou lze kontaktovat : Manžel  
Oslovení : pani XX

Datum přijetí : 5.12.2009  
Hlavní důvod přijetí : Přijata z důvodu bolesti žloutka  
Datum a kam propuštěn : 12.12. přeložena na standardně oddělení, 15.12. prepasteno do domácího liečenia

Lékařská diagnóza:  
1. Atábia bilianá, pankreatitída  
2. Cholelitolitíza  
3. Arteriálna hypertenzia I. stupňa  
4. Obezita II. stupňa  
sklerodermia (izolovaná forma)

Jak je nemocný informován o své diagnóze? Je informovaná dostatečne, vie všeto.

Osobní anamnéza : Pacientka prejavala bežné detské choroby, Tmí arteriálnou hypertenziou I. stupňa, Cholelitolitózou, Obézitou II. st. a Sklerodermiou, ktorá je toho času izolovaná forma.

Rodinná anamnéza : Otec DM II. typu, matka - zdravot., súrodencov nemá, Syn - tumor bedra, dcéra - zdravot.

Výšetření : Diachemické vyšetrenie: Amyláz, Urea, Kreatinín, Kys. močová, Bilanbín, ALT, AST, ALP, GGT, Vyšetrenie krvného obrazu a zrážanlivosti, F.W, CRP, So, NO, Ozveny, dutiny, ERCP, RTG vyšetrenie.

Terapie : Infúzie: Plasmanyte 1000 ml, Ringier 1000 ml + 10 ml NaH<sub>2</sub>PO<sub>4</sub>, Atb. Unasyn 1,5 mg. v 20 ml. F. 1/1, Lineatny dávkovač: Helicid 40 mg. t.F. 1/1, 20 ml. 100 mg. /hod) NJS: Nutrison, Hitein Plus 500 ml. (rychlosť 40 ml/hod) i, Fraxiparin 1 ml. s.s. Peros.: Agen 10 mg. tbl. 0-0-1, i, Resostatium, Neo forte, Hbl. 1-0-0, i, Tenaxum 1 mg. 1-1-1, Lexautin 3 mg. tbl. 0-0-1, Laccidogil 1-0-1 i.v. - Naloxgin 2 mg. v. F. 1/1 100 mg. tbl. bolestiach 1-1-1-1

Důležité informace o stavu nemocného : Pacientka je dnes 3. den hospital. zovvns. Itz. Atábia bilianá, pankreatitída. Pacientkyne bolesti sú tlmené Naloxgin 1 v 2mg. Pacientke bol dnes zavedený C&T, do rena subclavianá a následná kontrola zavedená pomocou ETS. Vyžita je jej kontinuálne podáva na NJS. Abgíe na jedlo, lteky neudáva. Má však kategiu na JOD.

Nemocný má u sebe tyto léky : Nemá žádné

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne  
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) Pacientka je při vědomí orientovaná v čase, přestává a psobe. Nálada se jeví štveďa podľa aktuálneho zdravotného stavu. Má však dobrú náladu.

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...) Byvá so svojou rodinou v byte za hranou. Jej vzťahy so susedmi sú veľmi dobré. Nevyžaduje kontakt sociálneho pracovníka.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? Kvôli bolestiam zčíniky, ktoré boli neznesiteľné
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? Hlavne stres, ktorý teraz prežívam, pretože je sym. v nemocnici
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? Zatiaľ nie, ale budem musieť sa lepšie starať
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? Očekávam, že ma vyberú
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? Nie je to až tak nepríjemné, za starostlivosťou som spokojná
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? Nejste, předpokládá se 3 týdne
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? Žije s manželom a zdieľami
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? Včítte manžel a deti
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? Manžel zvláda celý chod domácnosti sám
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? Ano, manžel. Ale návštěvy na tomto oddelení sú v tejto dobe zakázané
11. Co děláte rád ve volném čase? Chodí na přednášky so psom a tiež rada chodí do fitoody
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? Nejste, ale dúfa že dobre

## Specifické základní potřeby

### 1. Pohodlí, odpočinek, spánek

#### a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?  
pokud ano, upřesněte: Bolest v pravém podtebě  Ano  Ne
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?  
pokud ano, upřesněte: Bolesti pociťovala v pravém podtebě 7, 9. le. boli níže intenzivně  Ano  Ne
- Na čem je bolest závislá? Na prázdnosti stesu
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? Úkládá poloha, masáž
- Došlo po naší léčbě k úlevě?  Úplně  Částečně  postupně  Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? Podat léky na tlumení bolesti

Hodnocení sestry: Pacientka pociťuje bolesti v pravém podtebě, které mají vysokou intenzitu. Kromě bolesti je potíže s polohou na stůlku a židli.

#### b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?  
pokud ano, upřesněte: Těžko zaspat, budím se na bolesti a ruku na oddělení  Ano  Ne
- Měl jste potíže i doma?  Ano  Ne
- Usínáte obvykle těžko?  Ano  Ne
- Budíte se příliš brzy?  Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte: .....
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? žlčníkové kamene
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? čítání knih, poslechnutí televize
- Berete doma léky na spaní?  Ano  Ne
- pokud ano, které: .....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? Ne, nemá na to čas

Hodnocení sestry: Pacientka doma nemá problémy se spánkem. V nemocnici se budí kvůli bolestem a ruce na oddělení.

### 2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám?  Ano  Ne
- Potřebujete pomoc při umytí?  Ano  Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů?      Ano  Ne
- Máte obvykle kůži      suchou      mastnou      normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?.....
- Potřebujete pomoc při koupání?       Ano      Ne
- Kdy se obvykle koupete?      ráno      odpoledne      večer      je to jedno

Hodnocení sestry: *Pacientka v této době má přísný klád na ložku a má bolesti, proto potřebuje pomoc sestry při umývání a osobní hygieně.*

### 3. Bezpečí

#### a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí?      Ano  Ne   
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím?      Ano  Ne   
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil?       Ano      Ne   
pokud ano, upřesněte. *Má přísný klád na ložku.*
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?      Ano  Ne  Nevím   
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

#### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem?      Ano  Ne   
pokud ano, upřesněte.....
- Nosíte brýle?      Ano  Ne   
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?.....

#### c) sluch

- Slyšíte dobře?       Ano      Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo?       Ano      Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: *Pacientka má přísný klád na ložku tento den žádné senzomotorické potíže nemá.*

### 4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?       dobrý      vadný
- Máte zubní protézu?      horní      dolní      žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže?      Ano  Ne   
pokud ano, upřesněte.....

## 6. Vyprazdňování

### a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem  
- Jak často chodíte obvykle na toaletu? ..... 1 krát .....  
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? ..... ráno .....  
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy  
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne  
Pokud ano, co je to? .....  
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne  
Pokud ano, jak by se daly řešit? .....

### b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal/a?.....  
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....  
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? .....
- Hodnocení sestry: Pacientka má zavedený permanentní moč. katetr a je jí sledována diuréza. Inak s močením a vykládáním stolice nemá problém.

### 7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....  
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne  
Pokud ano, upřesněte.....  
Jak jste je zvládal?.....  
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne  
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....  
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Ne Nevím  
Pokud ano, zvládnete to?.....  
- Kouříte? Ano Ne  
Pokud ano, kolik? Ano, asi 2-3 krabice za měsíc.....  
Hodnocení sestry: Pacientka nemá problémy s dýcháním ani nemá nikdy. Fajčí len občas.



### 8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži?  Ano  Ne  
- Svědí Vás kůže?  Ano  Ne  Někdy

Hodnocení sestry: *Pacientka trpí sklerodermií (izolovaná forma). Iné problémy nemá!*

### 9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání?  Ano  Ne  
Pokud ano, co děláte? *Domská krajčička*

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti?  Ano  Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení?  Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte.....

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici?  Ano  Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *Časopisy, poskákání, filmy a TV.*

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *Ne*

Hodnocení sestry: *Pacientka má psův klidulák. Čas si spojíme třeba telefonováním příbuzným, poskákáním, filmy a TV a čítáním časopisů.*

### 10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě?  Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte.....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?  Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: .....

### Různé

- Jakou školu jste ukončil? *Střední odborná škola krajčičská s maturitou*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?  Ano  Ne  
Pokud ano, upřesněte.....

- Jak velká je Vaše rodina? *Přibližně velká*

- S kým společně žijete? *S manželkou a 2 dětmi*

- Kdo se o Vás může postarat? *Manžel*



Atkaľne ošetrovateľské diagnózy

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľskej péče	Effekt poskytnutú péče	Podpis sestry
7/12	Atkaľna bolesť súvisiacou so zlehládym ochorením	Pacientka bude po 30 min zmyselne nie bolestí, maximálne do 30 minút po podaní analgetik.	Zistiť intenzitu bolesti a charakter bolesti. Sledovať veľkosť vitálnych parametrov. Sledovať a hodnotiť s bolesťou. Sledovať analgetiká, dávku, účinnosť. Sledovať, zoznamovať účinnosť analgetik. Informovať pac. o stavovej pomôcku.	Bolesť sa po podaní analgetik pre 30 min znížila na st. 2-3. Cieľ bol splnený.	Placibová
7/12	Riadať sa príjmu súvisiacou s bolesťou a nemocným prístupom	Pacientka bude spať aspoň 7 hodín v noci a ráno po prístupom.	Vybrať veľa a upraviť postel pac. Aktivizovať pac. počas dňa. Sledovať hypotenzia, dávka. Sledovať a zaznamenávať účinnosť. Sledovať a zaznamenávať dávku, účinnosť. Sledovať a zaznamenávať dávku, účinnosť.	Pacientka po podaní analgetik ustúpene bolestí. Pacientka sa ráno po prístupom cítila výstrela, spala bez presilných prechlad. Cieľ bol splnený.	Placibová
7/12	Ošetrovanie súvisiacou s zavedením žil. katetra	Pacientka bude mať dostatočnú hydratáciu. Pacientka bude subjektívne pociťovať zmenšenie dávky.	Pacientka dostane infúziu a vykoná potrebné opatrenia. Pacientka dostane vyšetrenie na kačenie dávky. Informovať pac. o stavovej pomôcku.	Pacientka mala dostatočnú hydratáciu. Pacientka pociťovala zmenšenie dávky. Cieľ bol splnený.	Placibová
7/12	Riadať sa špeciálnym; vedieť hygiena a príjem súvisiacou s ľudským režimom.	Pacientka bude schopná vykonať špeciálne opatrenia.	Zistiť intenzitu sebestarostlivosti: do 24 h. Zistiť, či pacientka potrebuje pomoc. Pacientka potrebuje pomoc do sebestarostlivosti, o seba. Pacientka potrebuje vykonávať potrebné opatrenia. Pacientka potrebuje vykonávať potrebné opatrenia.	Pacientka vykonávala všetky potrebné opatrenia. Pacientka potrebuje pomoc do sebestarostlivosti. Pacientka potrebuje vykonávať potrebné opatrenia. Cieľ bol splnený.	Placibová

